

Aus der Abteilung Medizinische Psychologie
am Zentrum für Psychosomatische Medizin
des Universitätsklinikums Gießen

Eingereicht über das Institut für Geschichte der Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Untersuchung der sozialen Kompetenz von Tierärzten beim Einschläfern von Hunden

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
beim Fachbereich Veterinärmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Eingereicht von
MARGIT VOSS

Gießen 2002

Aus der Abteilung Medizinische Psychologie
am Zentrum für Psychosomatische Medizin
des Universitätsklinikums Gießen
Betreuer: Prof. Dr. D. Beckmann

Eingereicht über das Institut für Geschichte der Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen
im Fachbereich vertreten durch: Prof. Dr. Chr. Giese

Untersuchung der sozialen Kompetenz von Tierärzten beim Einschläfern von Hunden

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
beim Fachbereich Veterinärmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Eingereicht von
MARGIT VOSS
Tierärztin aus Arnsberg

Gießen 2002

Mit Genehmigung des Fachbereiches Veterinärmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Dekan: Prof. Dr. Dr. h. c. B. Hoffmann

1. Berichterstatter: Prof. Dr. D. Beckmann

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Chr. Giese

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Juni 2002

„... nothing seems to affect a client's opinion of his veterinary surgeon's skill and humanity more than the manner in which he performs humane destruction.“

LEE, M. A. (1992)

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	1
	Euthanasie	4
1.1	Zur Definition des Begriffes Euthanasie	4
1.2	Abgrenzung	5
1.3	Erwarteter Tod – plötzlicher Tod	5
1.4	Die Wahl der Euthanasiemedikation, ihre Applikations- und Wirkungsweise	8
1.4.1	Grundsätzliche Überlegungen und Indikationen	8
1.4.2	Applikation	10
1.4.3	Prämedikation	10
1.4.4	Injektionspräparate zur Euthanasie	11
1.4.5	Weitere Methoden der Tötung	13
1.4.6	Rechtliche Grundlagen zum Töten von Tieren	14
1.4.6.1	Aspekte des bürgerlichen Rechts und des Strafrechts	14
1.4.6.2	Tierschutzrechtliche Aspekte	15
1.4.6.3	Weitere gesetzliche Bestimmungen über das Töten von Tieren	17
1.4.6.4	Versicherungsrechtliche Aspekte	18
1.4.7	Ethisch-moralische Aspekte	18
1.4.8	Gesellschaftlicher Aspekt	21
2.	Das Tier in der Gesellschaft	23
2.1	Zur Definition des Begriffes Mensch-Tier-Beziehung	23
2.2	Ursache für das Entstehen und Vertiefen einer Mensch-Tier-Beziehung	24

2.3	Rolle des Tieres in der Mensch-Tier-Beziehung	25
2.3.1	Tiere und die psychische Gesundheit des Menschen	26
2.3.2	Tiere und die physische Gesundheit des Menschen	28
2.4	Konsequenzen des Tiertodes für den Menschen	29
2.4.1	Auswirkungen eines Bruches der Mensch-Tier-Beziehung auf die seelische und körperliche Gesundheit des Tierbesitzers	30
2.4.2	Weitere Auswirkungen eines Bruches der Mensch-Tier-Beziehung auf spezielle Personengruppen	30
2.4.3	Konsequenzen, die sich für einen Tierarzt aus einer zerbrochenen Mensch-Tier-Beziehung ergeben	32
2.5	Einstellung des Tierarztes gegenüber Tieren	32
3.	Trauer	34
3.1	Zur Definition des Begriffes Trauer	34
3.2	Trauer und ihre Auswirkungen auf die physische Gesundheit	35
3.3	Trauer und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	36
3.4	Todesverständnis und Ausmaß der Trauer in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren	37
3.5	Dauer der Trauer	41
3.6	Vorwegnahme der Trauer	41
3.7	Trauerphasen	42
3.7.1	Kritik am Phasenmodell	46
3.8	Weitere Theorien zur Trauer	47
3.9	Innere Trauer um ein Tier	48
3.10	Nach Außen gezeigte Trauer um ein Tier	49

3.11	Trauerkomplikationen und prädisponierende Faktoren	50
3.12	Beitrag des Tierarztes zur Trauerbewältigung	52
3.13	Trauer des Tierarztes	53
4.	Soziale Kompetenz	55
4.1	Zur Definition des Begriffes soziale Kompetenz	55
4.2	Bedeutung der sozialen Kompetenz	56
4.3	Arzt-Klient-Beziehung	57
5.	Angewandte Sozialkompetenz	60
5.1	Der Tierarzt im Spannungsfeld der Bedürfnisse und Erwartungen	60
5.2	Entscheidung über die Euthanasie	62
5.3	Wahl des Euthanasiezeitpunktes	63
5.4	Euthanasie gesunder Tiere	65
5.5	Art und Weise einer sozial kompetenten Kommunikation	65
5.6	Der Ablauf des Euthanasiegeschehens	66
5.6.1	Vorbereitung auf die Euthanasie	67
5.6.2	Durchführung der Euthanasie	70
5.6.3	Beseitigung des Tierkörpers	76
5.6.4	Nachsorge	79
5.6.5	Der Umgang mit Kindern im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie	87
5.7	Bedeutung der Tiereuthanasie für das Praxisteam	88
5.7.1	Stress und Bewältigungsstrategien des Praxisteam	89
5.7.2	Verantwortung des Tierarztes für seine Mitarbeiter	92
5.8	Bedeutung der Tiereuthanasie für den Tierarzt	95

5.8.1	Stress und Bewältigungsstrategien des Tierarztes	99
5.8.2	Verantwortung des Tierarztes für sich selbst	100
6.	Erfassungsmethoden für das tierärztliche Euthanasieverhalten	106
7.	Methodische Grundlagen zur Erstellung und Anwendung von Fragebögen	112
7.1	Planung und Testentwurf	114
7.1.1	Rationales Testkonzept	114
7.1.2	Aufgabentypus	114
7.1.3	Aufbau eines Items	117
7.1.4	Formale Itemkonstruktion	117
7.1.5	Inhaltliche Itemkonstruktion	118
7.1.6	Aufgabenbewertung	118
7.1.7	Testinstruktion und Testanweisung	119
7.2	Entwicklung der Testendform	120
7.3	Datenerhebung	120
7.3.1	Befragung per Post oder per Internet	121
7.4	Item- und Skalenanalyse	123
7.5	Schwierigkeit eines Items	124
7.6	Trennschärfe eines Items	125
7.7	Verwertung der Analysedaten	126
7.8	Gütekriterien eines Tests	128
7.8.1	Die Objektivität eines Tests	128
7.8.2	Die Reliabilität eines Tests	129
7.8.3	Die Validität eines Tests	130

7.8.3.1	Faktorenanalyse	131
7.9	Die Nebengütekriterien eines Tests	135
7.10	Standardisierung oder Eichung	136
8.	Material und Methode	138
8.1	Testentwurf und Aufgabenkonstruktion	139
8.1.1	Aufgabentypus	142
8.1.2	Formale und inhaltliche Itemkonstruktion	143
8.1.3	Aufgabenbewertung	144
8.1.4	Aufbau der Erhebungsunterlagen	145
8.1.4.1	Anschreiben bzw. Testinstruktion	145
8.1.4.2	Testanweisung	145
8.1.4.3	Unabhängige Variablen	147
8.1.4.4	Abhängige Variablen bzw. Items zur Erfassung der Merkmalsausprägung	148
8.2	Testanwendung und Überprüfung	149
8.2.1	Pretest	149
8.2.2	Datenerhebung	150
8.2.2.1	Postalische Datenerfassung	150
8.2.2.2	Datenerfassung per Internet bzw. E-Mail	151
8.3	Item- und Skalenanalyse	151
8.4	Überprüfung der Gütekriterien des Tests	153
8.4.1	Objektivitätskontrolle	153
8.4.2	Reliabilitätskontrolle	154
8.4.2.1	Retest-Methode	154
8.4.2.2	Konsistenzanalyse	155
8.4.3	Validitätskontrolle	156

8.4.3.1	Experten-Rating	156
8.4.3.2	Faktorenanalyse	157
8.5	Weitere statistische Verfahren	158
8.6	Standardisierung oder Eichung	158
9.	Ergebnisse	160
9.1	Allgemeine Daten der erfaßten deutschen Tierärzte	160
9.2	Testanwendung und Überprüfung	163
9.2.1	Pretest	163
9.2.2	Itemkennwerte	167
9.2.3	Itemanalyse	171
9.2.4	Faktorenanalyse	175
9.2.5	Skalenanalyse	181
9.3	Reliabilitätskontrolle	185
9.3.1	Retest-Methode	185
9.3.2	Konsistenzanalyse	186
9.4	Validitätskontrolle	187
9.4.1	Experten-Rating	187
9.5	Rohwertermittlung	191
9.6	Überprüfung der Arbeitshypothesen	193
9.6.1	Geschlecht und soziale Kompetenz	193
9.6.2	Alter und soziale Kompetenz	194
9.6.3	Berufserfahrung und soziale Kompetenz	196
9.6.4	Ausrichtung der Praxis und soziale Kompetenz	198
9.6.5	Einzugsgebiet der Praxis und soziale Kompetenz	199
9.6.6	Euthanasiesituation und soziale Kompetenz	201
9.6.7	Zahl der Hundeeuthanasien und soziale Kompetenz	202

9.7	Häufigkeit kompetenten Handelns bezogen auf einzelne Aspekte der Tiereuthanasie	203
9.8	Überprüfung der Repräsentativität des Messinstruments	205
10.	Diskussion	207
10.1	Item- und Skalenanalyse	207
10.2	Die Güte des Tests	212
10.2.1	Die Objektivität des Tests	212
10.2.2	Die Reliabilität des Tests	213
10.2.2.1	Retest-Methode	213
10.2.2.2	Konsistenzanalyse	213
10.2.3	Die Validität des Tests	214
10.2.3.1	Experten-Rating	214
10.2.3.2	Faktorenanalyse	216
10.3	Entwicklung der Testendform	218
10.4	Überprüfung der Testkonstruktion anhand der Test- ergebnisse	219
10.5	Standardisierung oder Eichung	219
10.6	Rückschlüsse aus den Erhebungsergebnisse auf den gegen- wärtigen Stand der sozialen Kompetenz deutscher Tierärzte beim Einschläfern von Hunden	220
10.7	Bemerkungen der Erhebungsteilnehmer im freien Antwort- Format	227
10.8	Weitergehende Überlegungen, Umsetzungsprobleme und Besonderheiten bei der systematischen Erfassung und Be- wertung der sozialen Kompetenz	236
10.9	Lehre der sozialen Kompetenz	238
10.9.1	Unterrichtsansätze in den USA	241

11.	Zusammenfassung	243
12.	Summary	246
13.	Literatur	249
14.	Anhang	264

Einleitung

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war die klinische Beobachtung, dass die Euthanasie eines Haustieres in den meisten Fällen nicht nur für den Tierbesitzer^{*)}, sondern auch für ein Praxisteam und nicht zuletzt für den Tierarzt^{*)} selbst eine heikle Situation darstellt, die nicht einfach zu meistern ist. Während bei einer Vielzahl von Tierärzten die anfängliche Bereitschaft, sich über dieses Thema zu äußern, auffallend gering war, konnte nach einer Zeit der Auseinandersetzung jedoch eine Fülle zum Teil sehr emotionaler Äußerungen beobachtet werden. Diese betreffen belastende Erfahrungen der Hilflosigkeit aufgrund des Zwiespaltes, der sich aus den Ansprüchen des Besitzers und den Bedürfnissen des Tieres ergibt. Darüber hinaus scheint es auf tierärztlicher Seite nicht selten Unsicherheiten im Umgang mit einem aufgebrachten oder trauernden Tierbesitzer zu geben. Die Beobachtungen ließen die Annahme zu, dass die Euthanasie in der Tierarztpraxis ein vernachlässigtes und tabuisiertes Gebiet der Veterinärmedizin ist, über das sich viele Tierärzte zu sprechen scheuen. Dennoch scheint der Bedarf, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen, nicht unerheblich zu sein.

Diese Beobachtungen aus der Kleintierpraxis wurden durch die Literaturrecherche unterstützt. Während das Thema der Haustiereuthanasie in Deutschland offensichtlich lange vernachlässigt worden ist, liegen im

^{*)} Der besseren Lesbarkeit halber werden hier und im Folgenden durchgehend die männlichen Formen benutzt. Sofern es nicht ausdrücklich erwähnt wird, sind Frauen mit eingeschlossen.

Ausland, besonders in den USA, zahlreiche Veröffentlichungen auf diesem Gebiet vor. Sie geben zum Teil sehr konkrete Empfehlungen für einen sozial kompetenten Umgang des Tierarztes mit der Tiereuthanasie in seiner Praxis.

Ziel dieser Untersuchung ist eine Bestandsaufnahme, wie sozial kompetent deutsche Praktiker die Euthanasie von Tieren durchführen und von welchen Faktoren die Sozialkompetenz beeinflusst ist. Dazu wurde ein Fragebogen entwickelt, der die statistische Erfassung von geeignetem Datenmaterial ermöglichte. Aus Gründen der statistischen Effizienz beschränkt sich die Untersuchung auf das Einschläfern von Hunden.

Als Grundlage für die vorliegende Untersuchung soll zunächst näher auf die Theorie der Tiereuthanasie mit ihren Möglichkeiten der Medikation und den rechtlichen Grundlagen eingegangen werden. Eine Betrachtung über das Tier in der Gesellschaft geht auf den Stellenwert des Tieres ein und verdeutlicht, welche Konsequenzen ein Verlust des Sozialpartners Tier haben kann. Ein Kapitel über die Trauer soll eine Verständnisgrundlage für die Reaktionen des Tierhalters in den verschiedenen Trauerphasen bieten. Nach einer allgemeinen Information über die soziale Kompetenz in der Tierarzt-Klient-Beziehung wird auf sozial kompetentes Verhalten in der speziellen Situation der Hundeeuthanasie eingegangen. Ein Überblick über bisherige Erfassungsmethoden des tierärztlichen Umgangs mit der Tiereuthanasie verdeutlicht den Bedarf nach einer Bestandsaufnahme zur Sozialkompetenz deutscher Tierärzte. Nach der Anwendung des zu diesem Zweck konzipierten Tests ermöglichen die Ergebnisse der Datenerhebung Aufschluss über die momentane Euthanasiesituation in deutschen Tierarztpraxen. Eine Diskussion der Resultate soll klären, inwieweit Bedarf

und Notwendigkeit bestehen, diesem Thema künftig im normalen Praxisalltag wie auch in der veterinärmedizinischen Lehre größere Relevanz beizumessen.

1. Euthanasie

In Deutschland werden nach Angaben des Tierschutzberichtes derzeit mehr als 90 Millionen Heimtiere gehalten, davon sind 4,8 Millionen Hunde und 5,5 Millionen Katzen (BMELF, 2001). Für zahlreiche Haustiere endet das Leben jährlich infolge einer Euthanasie. Genau Zahlen hierüber liegen nicht vor. Für die USA wurde in der Vergangenheit ein Bestand von 48 Millionen Hunden und 27 Millionen Katzen angegeben (QUACKENBUSH & GLICKMAN, 1984). Die Zahlenangaben der jährlichen Euthanasien variieren beträchtlich. Allein in Tierheimen werden nach Schätzungen von WHITE & SHAWHAN (1996) 8 Millionen Hunde und Katzen eingeschläfert. Bei QUACKENBUSH & GLICKMAN (1984) beläuft sich die Zahl auf 2,5 Millionen, DÜRR (1988) und MCCULLOCH et al. (1989) geben 13 bis 18 Millionen Hunde und Katzen an, was 76 % des Tierverlustes ausmachen würde. Den Ergebnissen einer Untersuchung zufolge haben 3 % der Konsultationen in einer Tierarztpraxis in irgendeiner Weise mit dem Thema Euthanasie zu tun, bei ungefähr 2 % der Konsultationen wird eine Einschläferung durchgeführt.

1.1 Zur Definition des Begriffes Euthanasie

Der Begriff „Euthanasie“ leitet sich von den beiden griechischen Worten „eu“ und „thanatos“ her und bedeutet soviel wie „guter Tod“ (MITCHENER, 1988). Weiterhin wird Euthanasie als „easy death“ oder als „quiet, painless death without fear and anxiety“ definiert (WEBSTER, 1965, zit. n. LANGNER, 1988). In der Tiermedizin wird Euthanasie üblicherweise als Fachbegriff für das Herbeiführen des Tiertodes durch eine Injektion benutzt, welches

umgangssprachlich als „Einschläfern“ bezeichnet wird. Anstelle dieses Euphemismus empfehlen COHEN & SAWYER (1991) dem Praktiker, in Anwesenheit der Tierbesitzer davon zu sprechen, dem Tier „beim Sterben [zu] helfen“.

Die Ansichten darüber, was ein „guter Tod“ ist, sind nicht nur individuell, sondern auch kulturell geprägt. So hoffen – bezogen auf den Humanbereich – Amerikaner auf einen friedlichen Tod im Schlaf, während Iren es für erstrebenswert halten, im letzten Moment wach im eigenen Haushalt umgeben von der Sippe zu sein (SAVISHINSKY, 1988).

1.2 Abgrenzung

LIFTON (1982, zit. n. LANGNER, 1988) betont die Wichtigkeit einer Differenzierung bei der Verwendung des Begriffes. Das Wort Euthanasie ist besonders bei älteren Personen sehr negativ konnotiert, da es während der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland als Euphemismus für die furchtbare Vernichtung unzähliger Menschen gebräuchlich war. Dagegen meint der veterinärmedizinische Gebrauch des Wortes Euthanasie das schmerzlose Töten von Tieren als Erlösung von Leid und zum Zweck der Ernährung, der Populationskontrolle und der wissenschaftlichen Arbeit.

1.3 Erwarteter Tod – plötzlicher Tod

Tritt der Tod eines Menschen oder aber auch eines Tieres *erwartet*, etwa infolge einer längeren Krankheit, ein, können sich die Hinterbliebenen

schon vorher gedanklich mit diesem Verlust befassen. Diese erstmalig von LINDEMANN (1944) beschriebene „vorwegnehmende Trauer“ erleichtert und verkürzt oft die Trauerarbeit der Angehörigen, wenn der Tod ihres Familienmitglieds oder vierbeinigen Hausgenossen dann tatsächlich eintritt (QUACKENBUSH, 1985; STEVENSON, 1988; NETTING et al., 1988; siehe auch Kapitel 3.6). So ist laut einer Umfrage die Trauerintensität der Hinterbliebenen beim erwarteten Tod geringer (BALL, 1977, zit. n. MCKIERNAN, 1996). Kindern ist es jedoch laut STEVENSON (1988) im Gegensatz zu Erwachsenen nicht möglich, von vorweggenommener Trauer zu profitieren, da sie auch einen zu erwartenden Tod immer als plötzliches Ereignis wahrnehmen. Zudem wirkt sich das langsame Sterben eines Tieres wenig erleichternd auf seine Besitzer aus, wenn es infolge einer chronischen Erkrankung im Endstadium geschieht. In einem solchen Fall müssen die Pflegenden mit ansehen, wie aus einer ehemals wechselseitigen Beziehung mit gegenseitigem Geben und Nehmen eine totale Abhängigkeit des Tieres wird (QUACKENBUSH, 1985). Die beruflich mit dem Wohlergehen von Tieren Betrauten unterziehen sich nach den meisten Tiereuthanasien bewusst oder unbewusst einem Prozess der Selbstkritik (SZITA, 1988). Dennoch oder gerade aus diesem Grund empfindet laut BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) die Mehrheit der Tierärzte eine erwartete Euthanasie als weniger belastend und zieht sie einem plötzlichen Patiententod vor.

Ein *plötzlicher* Tod beinhaltet gewöhnlich ein spontanes medizinisches Ereignis oder eine traumatische Verletzung und ist unerwartet. Die Angehörigen hatten keine Zeit für eine Vorwegnahme der Trauer, sondern befinden sich unvermittelt in einer akuten Trauerreaktion (WALTERS & TUPIN, 1991). Erschwerend kann hinzukommen, dass es sich um einen nicht zeitgemäßen, zu frühen Tod – etwa eines jungen Tieres – handelt

(MCKIERNAN, 1996). Viele Tierbesitzer weisen sich selbst ein großes Maß an Schuld zu, besonders wenn ihr Tier infolge einer Unachtsamkeit oder auch durch eine von ihnen relativ spontan beschlossene Euthanasie zu Tode kam (QUACKENBUSH, 1985; HOPKINS, 1988). Der behandelnde Notfallarzt ist den Angehörigen meist nicht aus einer vorherigen Konsultation bekannt, so dass normalerweise keine Vertrauensbasis zwischen ihnen und dem Arzt besteht (WALTERS & TUPIN, 1991). Die genannten Faktoren tragen zur verstärkten Trauer und einem erhöhten Risiko eines krankhaften, verlängerten und komplizierten Bewältigungsprozesses des Besitzers bei (ARCHER & WINCHESTER, 1994; FALETTI et al., 1989, zit. n. MCKIERNAN, 1996; WALTERS & TUPIN, 1991). Wie erwähnt nehmen Kinder laut STEVENSON (1988) jeden Tod als ein plötzliches Ereignis wahr. Ein solches Ereignis vermittelt dem Kind, dass es nur sehr wenig Einfluss auf seine Umgebung hat und „hilflos“ ist, seinem eigenen Tier beizustehen. Schuldgefühle sind die Folge. Nach Aussage von MCKIERNAN (1996) erwies sich die Trauerintensität als maximal, wenn die Trauernden jung sind und ein plötzlicher Tod ihre Trauer auslöste.

Für den behandelnden Arzt stellt eine Notfallsituation eine Herausforderung an seine fachliche wie auch soziale Kompetenz dar. Für ihn gilt es, unverzüglich medizinisch korrekte Entscheidungen zu treffen und Kontakt zu den bislang oft unbekannten Patientenbesitzern herzustellen (WALTERS & TUPIN, 1991). Im Zusammenhang mit dem plötzlichen Tiertod beschreibt SZITA (1988) einen Schockzustand bei Menschen, die beruflich mit dem Wohlergehen des Tieres beauftragt waren. Im Anschluss an ihre Spontanreaktion überdenken die Betroffenen dann ihre persönliche Verantwortung für den unerwarteten Tod.

Bezogen auf den Humanbereich halten BRECKENRIDGE et al., 1986; GASS, 1989, und SANDERS, 1983 (alle zit. n. MCKIERNAN, 1996) die *Dauer* der vorhergehenden Krankheit für entscheidender als die Absehbarkeit des Todes. Anlass zu dieser These sehen die Autoren in einer auffallend schlechten Trauerverarbeitung bei Personen, deren Angehöriger nach chronischer Erkrankung verstirbt. Grund hierfür kann sein, dass durch die Erleichterung beim Tod eines lange unter großer körperlicher und emotionaler Anstrengung gepflegten Familienmitgliedes Schuldgefühle entstehen (NORRIS & MURRELL, 1987 zit. n. MCKIERNAN, 1996). Außerdem tritt der Tod oft um so unerwarteter ein, je länger die Krankheit des Patienten schon angedauert hat, da sich die Angehörigen bereits an die Normalität der Krankheit gewöhnt haben (MCKIERNAN, 1996). Am besten scheinen Hinterbliebene mit dem Tod umgehen zu können, wenn ihr Angehöriger nach kurzer Erkrankung stirbt (SANDERS, 1983, zit. n. MCKIERNAN, 1996).

1.4 Die Wahl der Euthanasiemedikation, ihre Applikations- und Wirkungsweise

1.4.1 Grundsätzliche Überlegungen und Indikationen

Soll ein Tier auf humane Weise getötet werden, steht die Ausschaltung des cerebralen Cortex und damit des Bewusstseins und Schmerzempfindens durch Anästhesie an erster Stelle. Erst danach soll die Wirkung neuromuskulärer Relaxantien einsetzen, die letztendlich zum Tod durch Hypoxie führen (MORTON, 1988; SAWYER, 1988). Neben der direkten wie auch der indirekten Hypoxie führt SAWYER (1988) die Depression

lebenswichtiger Neuronen und die physische Beschädigung des Hirngewebes als weitere Wirkungen üblicher Euthanasiemethoden auf. Dabei rufen die Sauerstoffmangel erzeugenden Methoden mit unterschiedlicher Geschwindigkeit Bewusstlosigkeit hervor. Sowohl schmerzhaft stimulierte als auch durch die jeweilige Euthanasiemethode hervorgerufene motorische Aktivität können zu Muskelbewegungen führen.

Kriterien für die Wahl einer Euthanasiemethode sind:

- a) Schmerzlosigkeit
 - b) erforderliche Zeit bis zum Verlust des Bewusstseins
 - c) erforderliche Zeit bis zum Eintritt des Todes
 - d) Zuverlässigkeit
 - e) Sicherheit des Personals
 - f) Minimierung unerwünschten psychologischen Stresses für das Tier
 - g) Irreversibilität
 - h) Kompatibilität mit der Anforderung und dem Verwendungszweck (Spezies oder Rasse, Wildtier oder domestiziertes Tier, Anzahl der Tiere)
 - i) Emotionale Auswirkungen auf Beobachtende und Ausführende
 - j) Ökonomie
 - k) Vereinbarkeit mit der histopathologischen Untersuchung
 - l) Beschaffbarkeit und Missbrauchspotential der Droge
- (AVMA, 1988; SAWYER, 1988)

1.4.2 Applikation

Bezogen auf zu injizierende Mittel sollte bei der Entscheidung für den Applikationsort bedacht werden, dass *intravenöse* Injektionen relativ schmerzlos und mit einiger Routine schnell zu handhaben sind, in der Regel jedoch Zwangsmaßnahmen benötigen. Auch *intrakardiale und intrapulmonale* Injektionen sind sowohl in ihrer Verabreichbarkeit als auch in ihrem Wirkungseintritt schnell, erzeugen aber mehr Schmerz und Unbehagen. In einigen Fällen kann es zu Lautäußerungen und Abwehrreaktionen kommen, weshalb diese Applikationsweise nur bei sehr geschwächten, anästhesierten oder komatösen Tieren Anwendung finden sollte. *Intraperitoneale* Injektionen erzeugen dasselbe Ausmaß an Schmerz und Gewebeerirritation wie intrakardiale, brauchen im Unterschied dazu aber rund fünf Minuten bis zur Bewusstlosigkeit. Während dieser Zeit kann das Tier einer Qual ausgesetzt sein, wenn es im Käfig herumwandert, schläfrig wird und deshalb gegen die Käfigbegrenzung stößt. *Intrathekal* sollte die Medikation bei unbetäubten Tieren ebenfalls nicht appliziert werden, da eine Punktion der Cisterna magna nicht ohne Schmerzverursachung und dadurch bedingte Abwehrreaktionen möglich ist (AVMA, 1988; MORTON, 1988).

1.4.3 Prämedikation

Von der überwiegenden Zahl der Autoren wird die Verwendung einer Prämedikation vor dem Verabreichen des eigentlichen Tötungsmittels empfohlen. Sie gewährleistet, dass das zu euthanasierende Tier ruhig und schmerzunempfindlich ist und verhindert finale Exzitationen und

Lautäußerungen. Auf diese Weise wird allen Beteiligten, besonders dem Tierbesitzer, die Anwesenheit bei der Einschläferung erleichtert. Zur Prämedikation eignen sich sowohl gering dosierte *Narkotika* als auch *Sedativa* und *Neuroleptika*, eventuell in Verbindung mit *Analgetika*. Bei der Verwendung von Sedativa ist zu beachten, dass ihre blutdrucksenkende Wirkung das Auffinden der Venen zur Applikation des Tötungsmittels erschwert. Für Hunde stellt das Neuroleptikum Acepromazin (z. B. Vetranquil®) ein geeignetes Mittel zur Vormedikation dar, das sogar schon vor dem Tierarztbesuch per oral durch den Besitzer verabreicht werden kann. *Muskelrelaxantien* sollten nicht als alleinige Prämedikation benutzt werden, da sie das Tier lediglich immobilisieren, aber weder ihr Bewusstsein noch das Schmerzempfinden vermindern (LAGONI & BUTLER, 1994, RECHENBERG, 1998).

1.4.4 Injektionspräparate zur Euthanasie

Üblicherweise werden zur Euthanasie von Haustieren, im speziellen Fall von Hunden, Narkotika in Überdosierung oder das Kombinationspräparat T 61® benutzt.

Aus der Gruppe der *Narkotika* sind die klassischen Barbiturate gebräuchlich, die unter den Handelsnamen Pentobarbital-Natrium®, Nembutal®, Narcoren®, Narcodorm® und Eutha 77® bekannt und für die intravenöse, -pulmonale, -kardiale, -thorakale und -abdominale Injektion zugelassen sind. Sie unterdrücken das Nervensystem vom zerebralen Kortex ausgehend in absteigender Reihenfolge. Innerhalb von Sekunden

nach einer intravenösen Injektion tritt Bewusstlosigkeit ein, die zu einer tiefen Anästhesie führt. Durch die Depression des Atmungszentrums kommt es zur Apnoe, auf die schnell der Herzstillstand folgt. Diese Form der Euthanasie ist für das Tier mit minimalem Unbehagen verbunden. Besonders bei nervösen oder gefährlichen Tieren ist eine Prämedikation ratsam. Für den Tierarzt ist die Verwendung von Barbituraten mit einer Nachweisführung verbunden (AVMA, 1988; SAWYER, 1988, LÖSCHER, 1994; FEHR & KUMMERFELD, 2001).

T 61[®] ist als Handelsname eines Kombinationspräparates aus einem curariformen Muskelrelaxans, einem allgemeinen und einem Lokalanästhetikum bekannt. Durch das Zusammenwirken aller drei Komponenten führt eine Depression von Kreislauf- und Nervensystem sowie die irreversible Paralyse der Skelettmuskulatur zum Tod durch Hypoxie. Das Präparat ist zugelassen für die intravenöse und intrapulmonale Injektion. Um vor Eintritt der Bewusstlosigkeit weder Schmerzen noch Unbehagen beim Tier hervorzurufen empfiehlt es sich, zwei Drittel der Dosis langsam, das letzte Drittel im Sturz zu injizieren. Sofern die Applikation nicht korrekt intravasal erfolgt, muss mit Lautäußerungen gerechnet werden. Ebenso kann es bei intrapulmonaler Injektion zu Schmerzáußerungen und zu finaler Schnappatmung kommen, was auf umstehende Personen unangenehm wirkt. Aus den genannten Gründen wird eine Prämedikation dringend angeraten. Im Gegensatz zu Barbituraten unterliegt T 61 keiner Nachweispflicht (AVMA, 1988; SAWYER, 1988, LÖSCHER, 1994; FEHR & KUMMERFELD, 2001).

1.4.5 Weitere Methoden der Tötung

Neben der Verwendung flüssiger Substanzen zur Injektion können andere Methoden zur Tötung eingesetzt werden. Da ihre Anwendung bei Heimtieren, besonders beim Hund, jedoch unüblich und in einigen Fällen nicht mit dem Tierschutzgesetz und der Bedeutung des Begriffes „Euthanasie“ zu vereinbaren ist, sollen sie hier nur kurz Erwähnung finden.

Inhalationspräparate werden mancherorts bei der Schlachtung von Schweinen (CO_2) und der Tötung von Pelztieren, überzähligen Eintagsküken (CO) und in einigen Ländern bei der Massentötung herrenloser Tiere (z. B. *Stickstoff* oder *Hydrogencyanid*) eingesetzt. Eine Hundeeuthanasie mit *Halothan*, *Methoxy-*, *Iso-* oder *Enfluran* erscheint nur dann naheliegend, wenn etwa eine lebenswichtige Operation an einem bereits auf diese Weise narkotisierten Tier aussichtslos erscheint und abgebrochen werden soll.

Periphere *Muskelrelaxantien* und auch solche mit zentralem Angriffspunkt wie Guaifenesin (z. B. My 301[®]) bewirken eine Immobilisation der gesamten Skelett- wie auch der Atemmuskulatur. Infolge einer Atemlähmung kommt es zur tödlichen Hypoxie, wobei jedoch, nachweisbar im EEG, noch sieben Minuten nach Eintritt des Atemstillstandes Hirnaktivität vorhanden ist. Das Bewusstsein des Tieres und damit auch sein Schmerz- und Angstempfinden bleiben so lange erhalten, bis die zellulären Funktionen aufgrund des Sauerstoffmangels genügend geschädigt sind. Es kommt zu Harn- und Kotabsatz und zum Speicheln. Als alleiniges Medikament dürfen Muskelrelaxantien keinesfalls zur Euthanasie eingesetzt werden (AVMA, 1988; SAWYER, 1988).

Als *physikalische Methoden*, die bei ordnungsgemäßer Durchführung den sofortigen Tod bewirken, führt SAWYER (1988) die Anwendung von Elektroschock, Schusswaffen, Bolzenschuss sowie einen gezielten Schlag auf den Kopf an. Laut Tierschutzschlachtverordnung vom 03.03.1997 dienen die genannten Methoden jedoch lediglich der Betäubung von Tieren. Zum Herbeiführen des Todes muss unmittelbar anschließend der Blutentzug erfolgen.

1.4.6 Rechtliche Grundlagen zum Töten von Tieren

Während der Tierschutz nach herrschender Auffassung nicht in der deutschen Verfassung geregelt ist (DREIER, 2000, § 1, Rn. 65), findet er – speziell auch bezogen auf die Tötung von Tieren – Berücksichtigung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB), im Tierschutz- und Bundesjagdgesetz sowie in diversen Verordnungen wie z. B. der Tierschutzschlachtverordnung und der Kampfhundeverordnung (BINGENER, 1990).

1.4.6.1 Aspekte des bürgerlichen Rechts und des Strafrechts

Wenngleich die Verletzung oder Tötung eines Säugetieres im Strafgesetzbuch unter den Straftatbestand der Sachbeschädigung oder der Jagdwilderei fällt (§ 303, § 292 StGB), sind Tiere laut Bürgerlichem Gesetzbuch dennoch keine Sachen (§ 90 a S. 1 BGB). Die Vorschrift beruht auf dem Gedanken, dass das Tier als Mitgeschöpf nicht einer Sache gleichgestellt werden darf (MÜHE, 1990, LORZ, 1990; HOLZHEY, 1993),

sondern durch besondere Gesetze geschützt werden soll (z. B. Tierschutzgesetz, §§ 765 a I 2 und 811 c I Zivilprozessordnung). Jedoch sind auf sie die für Sachen geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden, wobei der Eigentümer eines Tieres bei der Ausübung seiner Befugnisse die besonderen Vorschriften zum Schutz der Tiere zu beachten hat (§ 90 a BGB i. V. m. § 903 S. 3 BGB). Im Fall einer fehlenden Einwilligung eines Besitzers zur Euthanasie seines Tieres hat der geschäftsführende Tierarzt – ohne vom Tierbesitzer beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein – die Tätigkeit so auszuführen, wie das Interesse des Besitzers mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert. Der Tierarzt ist dem Besitzer zum Ersatz des aus der Geschäftsführung entstandenen Schadens verpflichtet, sofern der Veterinär erkennen musste, dass die Übernahme der Geschäftsführung mit dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Tierbesitzers in Widerspruch steht (§§ 677, 678 BGB). So muss ein Tierarzt nach einer ungerechtfertigten Tiereuthanasie, aber auch unter Umständen nach einer berechtigten Tiertötung zur Gefahrenabwehr, dem Besitzer den Sachwert des lebenden Tieres (Wiederbeschaffungswert/Verkaufswert gemäß § 251 BGB) erstatten (§ 228 BGB; § 904 BGB). Demgegenüber dürfen Aufwendungen, die aus der Heilbehandlung eines verletzten Tieres entstanden sind, den Sachwert des Tieres erheblich übersteigen (§ 251 Abs. 2 S. 2 BGB).

1.4.6.2 Tierschutzrechtliche Aspekte

Paragraph 1 des Tierschutzgesetzes postuliert die Mitgeschöpflichkeit des Tieres. Das Töten von Tieren ist in § 4 Abs. 1 des Tierschutzgesetzes

(TierSchG vom 25.05.98) geregelt. Demnach sind Wirbeltiere nur unter Betäubung oder nur unter Vermeidung von Schmerzen zu töten. Personen, die ein Wirbeltier töten, müssen über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Um die Tötung eines Tieres zu rechtfertigen, muss ein vernünftiger Grund vorliegen, z. B. wenn ein Weiterleben nur unter erheblichen, nicht behebbaren Schmerzen, Leiden oder Schäden möglich ist (§§ 3 [Ziff. 2], 9 [Abs. 2, Ziff. 6 und 8] und 16 a [Ziff. 2] TierSchG) (BINGENER, 1990; MÖBIUS, 1994; LORZ, 1999).

Der Begriff *Schmerz* ist juristisch noch nicht eindeutig definiert (LORZ, 1999). In anderer Quelle werden Schmerzen als „generell komplexe Sinneswahrnehmungen unterschiedlicher Qualität“ beschrieben, die ein „lebenswichtiges Frühwarnsystem“ darstellen. Schmerzen bezeichnen die „Summe der Ausdrucksmittel für gestörtes Wohlbefinden. Der Schmerz setzt immer eine körperliche Einwirkung oder Veränderung voraus“ (VOCKERT, 1997).

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichtes Hamm umfasst der *Leidensbegriff* „alle von dem Begriff des Schmerzes nicht erfassten Unlustgefühle“. „Diese nicht erfassten Gefühle, d. h. nicht einheitlich zu kennzeichnenden Gefühle mögen körperlich oder [...] auch rein seelisch empfunden werden“ (ENNULAT et al., 1987).

„Als *Schaden* bezeichnet man den Zustand des Tieres, der von seinem gewöhnlichen Zustand hin zum Schlechteren abweicht und nicht bald vorübergeht. [...] Die Abweichung kann körperlich sein, außerdem seelisch [...]. Auf

die Brauchbarkeit zu einem menschlichen Zweck kommt es nicht notwendig an“ (LORZ, 1999).

Ein *vernünftiger Grund* ist immer als Rechtfertigungsgrund für eine das Wohlbefinden des Tieres oder seine Unversehrtheit beeinträchtigende Handlung anzusehen. Ein höherwertiges Rechtsgut ist also entscheidend. Nach dem Tierschutzbericht von 1993 liegt ein vernünftiger Grund auch dann vor, wenn ein krankes Tier nur durch eine langwierige und schmerzhaft Behandlung überleben würde (MÖBIUS, 1994). LORZ (1999) fügt seinem Kommentar zu § 1 des Tierschutzgesetzes eine Aufstellung verschiedener Sachverhalte mit dem Hinweis an, ob es sich jeweils um einen vernünftigen Grund im Sinne des Tierschutzgesetzes handelt, der tierschädliches Verhalten rechtfertigt.

1.4.6.3 Weitere gesetzliche Bestimmungen über das Töten von Tieren

Innerhalb der Bundesländer regelt die *Gefahrenabwehrverordnung über das Halten und Führen von gefährlichen Hunden*, bekannt als sogenannte Kampfhundeverordnung, die Tötung von Hunden, die als gefährlich gelten. Nach Artikel 11 des *Europäischen Übereinkommens zum Schutz von Heimtieren* vom 01.05.1992 darf nur ein Tierarzt oder eine andere sachkundige Person ein Heimtier töten. Ausnahmen sind nur im Notfall zulässig. Das *Bundesjagdgesetz* befaßt sich mit der Tötung von Wildtieren. Das Vorgehen im Seuchenfall bestimmt das *Tierseuchengesetz* vom 11.04.2001. Als Sonderform des Tötens wird die Schlachtung von Tieren ebenfalls durch das Tierschutzgesetz, wie auch durch die *Tierschutzschlachtverordnung* vom 03.03.1997 geregelt. Die *Richtlinie 93/119/EG*

des Rates über den Schutz von Tieren zum Zeitpunkt der Schlachtung oder Tötung vom 22.12.1993 bezieht sich speziell auf die Betäubung und Tötung von Nutztieren der Landwirtschaft und Pelzindustrie (BINGENER, 1990; LORZ, 1999).

1.4.6.4 Versicherungsrechtliche Aspekte

Immer häufiger schließen Tierhalter eine Lebensversicherung für ihre Tiere, besonders für Pferde ab. MÖBIUS (1994) erwähnt die *Nottötung* als wichtigen Sachverhalt im Zusammenhang mit Tierlebensversicherungen. Eine Nottötung darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen, außer, wenn seine Erklärung aufgrund des Notfalls nicht abgewartet werden kann. Dies erfordert ein Gutachten eines Tierarztes oder eine Feststellung zweier Sachverständiger. Bezogen auf Pferde wird die Einwilligung zur Nottötung dann erteilt, „wenn der Leidenszustand des Tieres durch bewährte tierärztliche Behandlungsmethoden nicht behebbar ist und der Tod des Tieres als Folge des Leidenszustandes mit Sicherheit zu erwarten ist“ (§ 2 a Nr. 3 AVP 92) (POHLCHRISTOPH, H., 1990; MÖBIUS, 1994).

1.4.7 Ethisch-moralische Aspekte

Die Entscheidung über eine Euthanasie wird nicht in einem moralischen und ethischen Vakuum gefällt (MONEYMAKER, 1988). Die hohe chromosomale Übereinstimmung zwischen Tieren und Menschen begründet deren physiologische Ähnlichkeit (LANGNER, 1988). Ein solcher Ansatz begünstigt es, Tiere als „Objekte von moralischer Wichtigkeit“,

oder auch als „fähig zu antworten“ einzuordnen (SINGER, 1975, zit. n. LANGNER, 1988). Während MONEYMAKER (1988) den Wert eines Tieres durch seinen körperlichen Zustand und durch seine Umgebung bestimmt sieht, stellt NELSON (1964-1970, zit. n. WOLF, 1992) die These auf, dass alle möglichen Träger von Interessen auch mögliche Träger von Rechten sind. TEINBERGER (1974, zit. n. WOLF, 1992) hält moralischen Status für die Voraussetzung dafür, Träger mindestens einiger moralischer Rechte zu sein. Moralischen Status hat ein Wesen völlig unabhängig von seinem instrumentellen Wert für andere.

Da Tiere kein Wissen im menschlichen Sinne haben, können sie auch keine richtige Wahl treffen. So findet MONEYMAKER (1988) die Entscheidung zur Tiereuthanasie nur dann gerechtfertigt, wenn sie aus wirklichem Mitleid mit dem Tier getroffen wurde, das absolut unfähig ist, selbst eine Wahl zu treffen. SCHOPENHAUER (1977, zit. n. WOLF, 1992) sieht das Mitleid mit Tieren als ein „Phantom zur Übung des Mitleids mit Menschen“ an, wodurch Tiere die Rolle von Attrappen zur moralischen Selbsterziehung zu spielen haben. WOLF (1992) hingegen vertritt die Meinung, dass unser Vorrat an Mitleid und Sympathie begrenzt ist und wir ihn nicht an Tiere verschwenden, sondern lieber den unzähligen leidenden Menschen zukommen lassen sollten. Unabhängig von diesen Überlegungen zum Mitleid mit Tieren findet TEUTSCH (1987, zit. n. MÖBIUS, 1994) die aktive Sterbehilfe bei Tieren durch alle sich hierzu äussernden Ethiker bejaht. Dennoch stellt sich laut WEBSTER (1988) für einige Veterinärmediziner immer wieder die Frage, wie man als praktischer Tierarzt das Töten mit seinem Vorsatz oder mit seiner empfundenen Berufung vereinbaren kann, das Wohlergehen der Tieres zu sichern, die einem pflegerisch anvertraut sind. Als Antwort auf diese Frage liefert der Autor folgende Überlegungen.

Zum einen wird die Qualität des Todes essentiell für die Qualität des Lebens, da der Tod unausweichlich ist. Dabei hängt die Qualität des Lebens (und des Todes) bei jeder Tierspezies davon ab, in welcher Weise diese Spezies ihre Umwelt wahrnimmt und „steht absolut nicht in Verbindung mit ihrer Schönheit oder Wirtschaftlichkeit, ihrem seltenen Vorkommen oder ihrer Bedeutung als Plage“ (CARPENTER, 1980, zit. n. WEBSTER, 1988). Zum anderen beinhaltet die Wohltätigkeit an Tieren auch das Verhindern von Leiden, wobei die Unfähigkeit des Tieres, eine Situation zu durchschauen, seinem Leiden einen qualitativen Unterschied zu dem eines Menschen gibt (MONEYMAKER, 1988). Auch SCHWEITZER (1973, zit. n. MÖBIUS, 1994) stellt das Wohlbefindensprinzip über das Lebenserhaltungsprinzip beim Tier und hält es für ethischer, „dem nicht zu behebenden Leiden eines Wesens durch barmherziges Töten ein Ende zu machen [...] als davon Abstand zu nehmen“.

Neben dem Wohl des Tieres muss jedoch auch das Wohl des Besitzers oder des Tierarztes in die Entscheidungsfindung mit einfließen (MONEYMAKER, 1988). Das Fehlen einer allgemeinen Begründung für die Euthanasie oder eine unterschiedliche moralisch-ethische Einstellung der involvierten Parteien bereitet den Boden für Konflikte. Wichtig ist, eine eindeutige Position dazu zu beziehen, wem die Autorität der endgültigen Entscheidung zugebilligt wird. In Situationen, in denen ein Tier noch nicht krank ist oder Schmerzen leidet, kann es für den Besitzer unmöglich sein, eine Entscheidung zu treffen (LAWRENCE, 1992). QUACKENBUSH (1988), fragt, was es uns erlaubt, den Wert des einen Lebens über den eines anderen zu stellen oder eine Pflege etwa aus wirtschaftlichen Gründen zurückzuweisen. Außerdem hängt das Treffen der Euthanasieentscheidung immer auch zu einem großen Teil von einer offenen und ehrlichen

Kommunikation zwischen Tierarzt und Besitzer ab. Das Zerstören des Vertrauens und ein Nichtgebrauch der Verantwortung stellt einen ethischen Bruch dar (QUACKENBUSH, 1988).

1.4.8 Gesellschaftlicher Aspekt

Neben der Bedeutung, die das Einschläfern von Tieren auf einzelne, beteiligte Menschen hat, muss die Euthanasie auch im gesellschaftlichen Kontext gesehen werden. Das mangelnde Einschreiten gegen eine zahllose, z. T. wilde Vermehrung von Tieren führt unweigerlich zu einer hohen Euthanasierate. Doch hat „dieselbe Gesellschaft, die für das Problem der unerwünschten Tiere verantwortlich ist [...] eine bemerkenswert negative Einstellung gegenüber der Euthanasie“ (OWENS et al., 1981, zit. n. LANGNER, 1988). Daneben trägt eine allgemeine Depersonalisation zum Missbrauch von Tieren bei (CORSON, 1977, zit. n. LANGNER 1988). Gerade die hiervon betroffenen Tiere sind aufgrund ihrer resultierenden Verhaltensstörung oft nicht resozialisierbar und werden durch eine Euthanasie aus der Gesellschaft „entsorgt“. Sofern von irgendeiner Seite Einwände gegen den Umgang mit Tieren erhoben werden, beziehen sie sich meist auf die Haltungsweise oder auf die Art, wie Tiere zu Tode kommen. Hier wird leicht ersichtlich, warum das Thema Euthanasie so wichtig ist, vielleicht sogar überproportional im Verhältnis zu vielen anderen Bereichen der Mensch-Tier-Interaktion (BECK, 1988). Wird der Durchführende einer Euthanasie seiner Verantwortung für eine humane Tötung nicht gerecht, zerfrisst nach Aussage von LANGNER (1988) die Prozedur die menschliche Würde der Involvierten und der Gesellschaft, die das zulässt. QUACKENBUSH (1988) und LAWRENCE (1992) stellen die These

verschiedener Einschätzungen der Euthanasie durch die Gesellschaft auf. Demnach empfindet eine Gruppe von Menschen das Töten als den schlimmsten Akt eines Menschen, da das Leben als ultimativer Wert angesehen wird. Die Euthanasie auch eines leidenden Tieres hat keine soziale Akzeptanz und wird nicht für ethisch vertretbar gehalten. Eine andere Personengruppe differenziert stärker zwischen tierischem und menschlichem Leben und akzeptiert die Euthanasie als ethisch zulässige Möglichkeit für Tiere, da der Lebensqualität die höchste Priorität zukommt.

LAWRENCE (1992) ist der Auffassung, dass die Euthanasie von Tieren ein Privileg in unserem Zeitalter der materiellen Werte und der menschlichen Entfremdung ist, der sich die Tierärzte als einzigartige Herausforderung stellen sollten. Durch dieses Vorrecht können Veterinäre dazu beitragen, Leiden bei Tieren zu verhindern. Über einen weiteren Vorteil dieses Privilegs seien sich die meisten Veterinäre nicht im Klaren: Mit Hilfe einer sensiblen Einschläferungspraxis könnten sie nicht nur die Angst eines Menschen vor dem schmerzvollen Tod seines Tieres, sondern seine Angst vor dem Tod überhaupt nehmen (EDNEY, 1988a). Dass der Tierarzt sowohl für die medizinischen Bedürfnisse der Patienten als auch die Gefühle der Klienten Verantwortung trägt, wirkt komplizierend, trägt jedoch nach Ansicht von LAWRENCE (1992) zur Festigung eines respektierten Images der Tierärzte bei. LEVINGER (1979, zit. n. LANGNER, 1988) äußert: „Das Töten von Tieren erfordert eine große Verantwortung von maximaler Sorgfalt“.

2. Das Tier in der Gesellschaft

2.1 Zur Definition des Begriffes Mensch-Tier-Beziehung

HINDE (1979, zit. n. QUACKENBUSH, 1985) definiert Beziehungen als eine Serie von Interaktionen verbaler, sozialer, emotionaler und verhaltensmäßiger Natur. Beziehungen sind charakterisiert durch Begleitung, soziale wie emotionale Intimität und haben wechselseitigen Charakter. Nach MC CARTHY (1991) stellt die Mensch-Tier-Beziehung eine kontinuierliche, beidseitige Beziehung zwischen Mensch und Tier dar, die für zentrale Aspekte des Lebens beider von signifikanter wohltuender Bedeutung ist. Das Band zwischen einem Besitzer und seinem Tier wird von MACEWEN (1988) als eines des Glaubens, des Vertrauens, der Unterwürfigkeit und besonders der Liebe beschrieben. Aus soziologischen, psychologischen und physiologischen Studien der letzten Jahrzehnte folgern BUSTAD et al. (1981), dass ein so definiertes, starkes Mensch-Tier-Band Kriterium einer gesunden Gesellschaft ist.

LORENZ (1952, zit. n. ILIFF & ALBRIGHT, 1988) äußerte: „Das Vergnügen, das ich aus meinem Hund ziehe [...] erscheint mir wie eine Wiederherstellung des unmittelbaren Bandes mit der unbewussten Allwissenheit, die wir Natur nennen.“ FREUD (1976, zit. n. KATCHER & ROSENBERG, 1982) beschreibt das Band zwischen Mensch und Tier so: „Es drückt wirklich aus, wie man ein Tier [...] mit so einer außergewöhnlichen Intensität lieben kann: Zuneigung ohne Ambivalenz, die Einfachheit eines Lebens, das frei von unerträglichen Zivilisationskonflikten ist, die Schönheit durch pure Existenz. Und, trotz aller Verschiedenheit in der

organischen Entwicklung, das Gefühl intimer Verwandtschaft, von unbestrittener Solidarität.“

2.2. Ursache für das Entstehen und Vertiefen einer Mensch-Tier-Beziehung

Auf der Seite des Menschen ist das Entstehen und Vertiefen von Mensch-Tier-Beziehungen in der westliche Gesellschaft nach Ansicht von KEDDIE (1977) durch die Industrialisierung begünstigt worden. Die Menschen leben entfernt von ihrer natürlichen Umgebung. Infolge gesteigerter Mobilität war die Familienstruktur einer radikalen Veränderung unterworfen. Die Mitglieder einer inzwischen alltäglich gewordenen, nach innen orientierten, kleinen Kernfamilie machen die Erfahrung der Deprivatisierung und Isolation. Daraus resultierend beobachtet OLBRICH (1996) ein Bedürfnis des Menschen nach der Kameradschaft mit einem Haustier.

CARAS (1988) sieht die Hinwendung zum Haustier jedoch begründet in einem Schuldgefühl für die Ungerechtigkeiten, die Menschen Tieren allgemein, aber auch einzelnen Kreaturen, angetan haben.

Von Seiten der Tiere wird ihre Beziehung zum Menschen durch ihre unbedingte Treue, die totale, kritik- und urteilsfreie Akzeptanz des Besitzers, ihre bedingungslose Liebe und durch das Entgegenbringen von Gesellschaft, Sicherheit und Zuvorkommenheit begünstigt. Tiere geben ihrem Besitzer das Gefühl, wenigstens in dieser Beziehung akzeptiert und wichtig zu sein sowie gebraucht zu werden (BARKER, 1989). Nach OLBRICH (1996) rührt

die Popularität von Katzen und Hunden als Begleittier unter anderem von ihrer Fähigkeit zur nonverbalen Kommunikation.

2.3 Rolle des Tieres in der Mensch-Tier-Beziehung

Tiere haben vielfache Bedeutung für Menschen. Einige werden als Raubtier oder Beute, als Verkörperung der Tugenden Stärke, Schönheit und Mut oder als Sinnbild eines Gottes gesehen. Andere Tiere hingegen stehen für Unvollkommenheit, Schwäche, Krankheit, Feigheit und Schmutz. In der Wissenschaft werden Tiere als Vieh, Maschinen, Diener oder Opfer beschrieben (KÖRNER, 1996; STAGUHN, 1996, RATSCH, 1997).

Während für MCCULLOCH et al. (1989) die Beziehung zwischen Mensch und Tier einzigartig ist und nicht einfach analog zu Beziehungen zu anderen Menschen gesehen werden darf, ist jedoch der überwiegende Teil der Autoren der Ansicht, dass gerade im westlichen Kulturbereich dem Haustier von vielen Besitzern die Rolle eines Freundes, Familienmitgliedes, Elternteils, Geschwisters, Gatten oder Kindes zugeordnet wird, wodurch es als Ersatz für eine menschliche Beziehung dienen soll (KEDDIE, 1977; BLACKSHAW & BLACKSHAW, 1993; BURHENNE, 1997). Untermauert wird diese These durch Studien, die zeigen, dass sehr viele Tierbesitzer mit dem Vierbeiner wie mit einem Menschen umgehen. Das kann sich daran zeigen, wie Menschen mit dem Tier sprechen, dass sie seinen Geburtstag feiern oder ein Bild des Tieres ständig mit sich führen (HANCOCK & YATES, 1989; LAGONI et al., 1989; ARCHER & WINCHESTER, 1994). Als Familienmitglieder haben Tiere einen sozialen Status und bekleiden genau festgelegte soziale Rollen in der Familie (QUACKENBUSH, 1985). Die Tiefe

der Beziehung zum Tier sowie die Motive und Funktionen des Tierbesitzes variieren dabei für jedes Familienmitglied je nach Alter und Interesse (QUACKENBUSH, 1985; HANCOCK & YATES, 1989). Obwohl die Verbindung, die sich zwischen den Menschen und Begleittieren entwickelt, nach Meinung des Autors EDNEY (1988b) oft gut unterdrückt oder zumindest nicht öffentlich gezeigt wird, ist sie dennoch nicht selten kräftiger als Mensch-zu-Mensch-Beziehungen. Tiere sind aktiver Bestandteil des menschlichen Sozialsystems, tragen zur fortlaufenden sozialen Dynamik der Familien bei und beeinflussen in unterschiedlichem Ausmaß das soziale Gleichgewicht und die Stabilität jeder Familieneinheit. Schwierigkeiten des Tieres (z. B. gesundheitlicher Art) beeinflussen die Mensch-Tier-Beziehung (CHAMALA & CROUCH, 1981), etwa in dem sie das Wohlbefinden des Tierhalters beeinträchtigen.

Da sich die Rolle vieler Tiere vom wirtschaftlichen zum emotionalen Nutztier gewandelt hat, haben sich auch die Anforderungen an den Tierarzt verändert (LAGONI et al., 1994; RECHENBERG, 1998). Der Tierarzt kann durch seine Interaktion mit Menschen und deren Haustieren neben den Vertretern der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychologie und Sozialwissenschaften eine ergänzende Rolle in der Erhaltung und Verbesserung der menschlichen Gesundheit einnehmen (MCCULLOCH et al., 1989).

2.3.1 Tiere und die psychische Gesundheit des Menschen

In früheren Berichten hieß es, dass Tierbesitzer weniger menschenliebend seien und über eine geringere psychische Stabilität verfügten als Nichttierbesitzer. Neuere Daten belegen das Gegenteil. Nach LEE (1978,

zit. n. MCCULLOCH et al., 1989) haben Besitzer, die oft mit ihrem Tier umgehen, einen signifikant höheren Wunsch, sich anderen anzugliedern, als Nichttierbesitzer. Dies widerlegt die These, dass Hunde ein Ersatz für menschliche Beziehung sind. Es unterstützt die Ansicht, dass solche Personen Tiere besitzen, die ihr Bedürfnis nach Angliederung nicht befriedigen können. Eine schwedische Studie belegt, dass Hunde als Eisbrecher für die Kontaktaufnahme mit Menschen wirken. So dienen Tiere als „Eintrittsgeld“, wenn der Besitzer mit einer anderen Person über Dinge fernab von tierischen Belangen sprechen möchte (MCCULLOCH et al., 1989). Desweiteren profitiert die Psyche des Menschen durch das physische und mentale Berühren und Berührt- und durch das Gebrauchtwerden (ODENDAAL et al., 1989; CARMACK, 1991; OLBRICH, 1996). Aufgrund der unkritischen Akzeptanz durch ein Tier kann eine Partnerschaft entstehen, die einem sozio-emotionalen Bedürfnis des Menschen entgegenkommt, wodurch sich ein stärkeres Selbstbewusstsein, Befriedigung und ein Gefühl der Sicherheit einstellen (CHAMALA & CROUCH, 1981; BERGLER, R., 1988; CARMACK, 1991). Tiere leisten einen Beitrag, den Kontakt mit der Natur wieder herzustellen, und vermitteln dem Menschen so Wohlbefinden und Lebenszweck (BUSTAD et al., 1981). CARMACK (1991) berichtet über eine Studie, die eine positive Korrelation zwischen dem Glücklichein und dem Grad der Beziehung zu einem Haustier belegt. Auch wird die Wechselwirkung in der Mensch-Tier-Beziehung betont, die sich aus der gegenseitigen Erziehung und Zuwendung zwischen Tier und Besitzer ergibt. ODENDAAL et al. (1989) sind der Auffassung, dass ein Tierbesitzer nicht nur bestimmte Bedürfnisse durch ein Tier stillt, sondern auch umgekehrt seine eigenen Emotionen (z. B. Einsamkeit und Aggression) auf sein Tier projiziert. Unter Umständen wird ein Tier in solchen oder ähnlichen Fällen zur Befriedigung

pathologischer Bedürfnisse benutzt (KEDDIE, 1977). BROWN (1972, zit. n. MCCULLOCH et al., 1989) sieht die emotionale Beziehung des Menschen zu anderen gespiegelt von seiner emotionalen Beziehung zu Hunden.

Gezielten Einsatz finden Tiere als sogenannte Co-Therapeuten z. B. bei depressiven Patienten oder in Gefängnissen. LEVINSON (1969) dokumentierte als erster Psychotherapeut, wie stark Tiere die Beschwerden der Patienten verbessern und eine Steigerung ihrer Motivation bewirken (MCCULLOCH et al., 1989). Als Grund solcher gesundheitlicher Verbesserungen gilt die soziale Stabilität und angemessene Unterstützung, die Tiere vermitteln (CARMACK, 1991).

Während ILIFF & ALBRIGHT (1988) und KEDDIE (1977) der Auffassung sind, dass der Wert eines Tieres für den Menschen überwiegend ein psychologischer ist, sind andere Autoren von den günstigen Einflüssen auf das soziale, wirtschaftliche und politische Wohlergehen und auch auf die physische Gesundheit des Menschen überzeugt (BERGLER et al., 2000).

2.3.2 Tiere und die physische Gesundheit des Menschen

Durch seine puls- und blutdrucksenkende Wirkung bei Mensch und Tier fördert das Streicheln eines Tieres die körperliche Gesundheit, unabhängig davon, wie häufig und auf welche Art das Streicheln durchgeführt wird, welche Größe der Vierbeiner und welches Geschlecht der Streichelnde hat (QUACKENBUSH & GLICKMAN, 1984; OLBRICH, 1996). Kommt es dennoch zu einer manifesten koronaren Herzerkrankung, so genesen Tierbesitzer im Vergleich zu Nichttierbesitzern unabhängig von Alter, Erkrankungs-

schwere und Tierart wesentlich besser. Obgleich MCCULLOCH et al. (1989) annehmen, dass dies eher mit der Persönlichkeit der Tierbesitzer als mit der Anwesenheit des Tieres zu tun hat, bleibt zu hinterfragen, ob nicht die Anwesenheit eines Tieres ein grundlegender Faktor für die Persönlichkeit des Besitzers ist. Im gezielten therapeutischen Einsatz von Tieren bei körperlichen Erkrankungen bewähren sich Hörhunde für Taube, Bewegungstherapie zu Pferd (Hippotherapie) für anderweitig Behinderte und Führhunde für Blinde (BERGLER, 1995, KÖRNER, 1996). Dabei führt die gemeinsame Arbeit von Mensch und Hund zu einer engen, konstanten Beziehung. Der Hund überwindet soziale Barrieren und befähigt den Besitzer, sich in der sehenden Welt frei und relativ unabhängig zu bewegen (NICHOLSON & KEMP-WHEELER, 1992; OLBRICH, 1996, RATSCH, 1997).

2.4 Konsequenzen des Tiertodes für den Menschen

Ein Tierarzt muss sich damit auseinandersetzen, dass ein Bruch der Mensch-Tier-Beziehung diverse Einflüsse auf den Besitzer haben kann, je nachdem, wie die individuelle Beziehung zu dem Tier geartet war und welche Funktion das Tier für seinen Besitzer erfüllte (RHEINZ, 1994). Im Normalfall kommt es nach EDNEY (1988b) zu einer Abfolge von Ereignissen, die möglicherweise einen Schutzmechanismus darstellt, der letztlich das Aufnehmen einer neuen Beziehungen ermöglicht, ohne die vergangene zu erniedrigen.

2.4.1 Auswirkungen eines Bruches der Mensch-Tier-Beziehung auf die seelische und körperliche Gesundheit des Tierbesitzers

Der Verlust eines Tieres bedeutet immer auch den Verlust einer sich positiv auf die Gesundheit des Besitzers auswirkenden Kraft. Daneben ist ein Abreißen der Beziehung zu einem Tier für viele Menschen mit Trauer verbunden, die ebenfalls nachteilige Effekte auf die Gesundheit des Besitzers hat (QUACKENBUSH & GLICKMAN, 1984). Bei Menschen, die ein Familienmitglied verloren haben, ließ sich eine höhere Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit sowie eine Zunahme der Arztbesuche, des Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsums beobachten (KATCHER & ROSENBERG, 1982). Es wurde bereits erwähnt, dass einige Personengruppen aufgrund der sie umgebenden sozialen Verhältnisse für eine besonders enge Verbundenheit zum Tier prädisponiert sind. Daraus resultiert auch die Wahrscheinlichkeit eines größeren Trauerausmaßes beim Verlust des Tieres (KEDDIE, 1977; HANCOCK & YATES, 1989; NICHOLSON & KEMP-WHEELER, 1992). Das Nichtersetzen eines verstorbenen Tieres hat ebenfalls gesundheitsschädliche Konsequenzen. Eine Verminderung der aus einem Tierverlust resultierenden Gesundheitsrisiken ist durch ein effektiveres Management der Kliententrauer möglich (KATCHER & ROSENBERG, 1982).

2.4.2 Weitere Auswirkungen eines Bruches der Mensch-Tier-Beziehung auf spezielle Personengruppen

Für *Kinder* ist der Bruch ihrer Beziehung zum Tier vielfach gleichbedeutend mit einem Verlust an bedingungslosem Beistand und Schutz (FUDIN & COHEN, 1988; MCCULLOCH et al., 1989). Die Auswir-

kungen eines Tierverlustes während der Kindheit können nach HANCOCK & YATES (1989) lebenslange Auswirkungen auf einen Menschen haben, besonders, wenn er sich als Kind kraftlos und von den Ereignissen im Zusammenhang mit dem Tod des Tieres ausgeschlossen fühlt. Auch in der Familiengemeinschaft hinterlässt der Tod eines mit den Kindern aufgewachsenen Haustieres eine große Lücke (THOMAS, 1982).

Senioren verlieren beim Tod ihres Haustieres neben der bedingungslosen Akzeptanz und gewohnten Lebensstruktur nicht selten die Hauptquelle ihrer Sozialisation (KEDDIE, 1977; CARMACK, 1991). Vielfach konnte besonders bei älteren Besitzern eine negative Beeinflussung der Gesundheit durch den Tiertod festgestellt werden. Ist ein Haustier an einer bestimmten Krankheit verstorben, an der auch sein Besitzer leidet, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass der Besitzer Parallelen zwischen dem Tod des Tieres und seinem eigenen Tod sehen wird (HANCOCK & YATES, 1989). Grundsätzlich erinnert jedoch jedes Haustier, das lange Zeit bei seinem alten Besitzer lebte und stirbt, den Besitzer an sein eigenes Altern und seinen bevorstehenden Tod. Es kann für einen älteren Besitzer das letzte Tier gewesen sein, das unter seiner Obhut gelebt hat (THOMAS, 1982).

Alleinstehende und kinderlose Paare sind beim Verlust ihres Tieres um so verletzlicher, je schwächer ausgeprägt das soziale Netz ist, in dem sie leben (HANCOCK & YATES, 1989).

2.4.3 Konsequenzen, die sich für einen Tierarzt aus einer zerbrochenen Mensch-Tier-Beziehung ergeben

Nach dem Bruch des Bandes zwischen einem Tier und seinem Besitzer ist der Tierarzt oft das einzige Mitglied des Gesundheitssystems, das mit Klienten und deren Familien in dieser schwierigen Zeit interagiert. Die Variationen der Mensch-Tier-Beziehungen, die sich in seinem Klientel beobachten lassen, machen den Umgang mit einem Patientenbesitzer für den Tierarzt zur Herausforderung. Sein Beitrag kann entscheidend für das künftige Wohlbefinden der beteiligten Personen sein (McCULLOCH et al., 1989; BERGLER, 1994).

2.5 Einstellung des Tierarztes gegenüber Tieren

Auch die Einstellungen von Tierärzten zu Tieren variieren beträchtlich und äußern sich in verschiedenen Stilen des Praxismanagements oder der Vorliebe für eine bestimmte Spezies, wobei der Tierarzt jedoch im Unterschied zum Tierbesitzer seine diesbezüglichen Emotionen kontrollieren muss, um effektiv praktizieren zu können (SAMUELSON, 1988). LANGNER (1988) vertritt die Auffassung, dass Tierärzte generell den darwinistischen Standpunkt vertreten, der unterstellt, dass Menschen sich im Grad, jedoch nicht in ihrer Natur von anderen Tieren unterscheiden. Im Rahmen zweier Studien wurden britische und australische Studenten der Veterinärmedizin befragt, wie sie die Beziehung der Tierbesitzer zu ihrem Tier, aber auch die Beziehung von Tierärzten zu Tieren einschätzten (O'FARRELL, 1990; BLACKSHAW & BLACKSHAW, 1993). Während britische Studenten stereotype Ansichten von emotionalen, empfindlich-zarten

Tierbesitzern und zäh-drahtigen Tierärzten haben, differenzieren australische Studierende die Einstellung von Tierärzten genauer. Dennoch kann auch bei ihnen eine Tendenz festgestellt werden, Tierärzten, verglichen mit Tierbesitzern, ein nüchterneres Verhältnis zu Tieren und weniger Mitgefühl mit ihnen zuzusprechen.

3. Trauer

Die Motivationen für die Entscheidung, ein Tier euthanasieren zu lassen, variieren weit. Aus diesem Grund ist nicht in allen Fällen eine schwerwiegende Trauerreaktion des Besitzers zu erwarten. In den Situationen jedoch, in denen im Zusammenhang mit einer Euthanasie um ein Tier getrauert wird, ist es für einen Tierarzt hilfreich, die Charakteristiken der Trauer zu kennen und Faktoren zu identifizieren, die Hinweise auf das zu erwartende Trauerausmaß des Besitzers geben. Ein frühes Erkennen derer, die für Trauerkomplikationen prädestiniert zu sein scheinen, ermöglicht eine rechtzeitige Intervention (LAGO & KOTCH-JANTZER 1988; MCKIERNAN, 1996).

3.1 Zur Definition des Begriffes Trauer

Der deutsche Begriff der Trauer umfasst verschiedene Komponenten, die im angloamerikanischen Sprachraum mit Hilfe unterschiedlicher Vokabeln differenzierter angesprochen werden können. *Bereavement* stellt die Reaktion auf einen schmerzlichen Verlust in den Vordergrund. Dem untergeordnet sind zwei weitere Begriffe:

- *Grief* betont die psychologische und physiologische, eher private Reaktion der Trauer.
- *Mourning* meint das in der Öffentlichkeit gezeigte, durch kulturelle Sitten und Normen geprägte Verhalten. (DIMOND, 1981; WHELAN, 1985; WALTERS & TUPIN, 1991)

Das Trauern wird als normaler, natürlicher, individueller, emotionaler, sozialer, psychologischer wie auch physiologischer Prozess beschrieben. Es stellt eine Reaktion auf den ernst zu nehmenden Verlust eines wichtigen, normalerweise eines geliebten Objektes dar und ist notwendig, damit der Trauernde später wieder effektiv in seiner Umwelt agieren kann. Es gilt als wertvoll für jede Person, das Phänomen der Trauer zu irgendeinem Zeitpunkt zu erleben (DIMOND, 1981; MCKIERNAN, 1996). ZISOOK & DEVAUL (1984, zit. n. SPRANG & MCNEIL, 1995) definieren die unkomplizierte Trauer als schmerzhaft aber selbstlimitierende Reaktion auf einen Verlust. Ein Trauerprozess erlaube, sich allmählich an eine geänderte äußere Realität so weit anzupassen, dass sie kompatibel mit der existierenden inneren Realität wird und mit dieser harmonisiert. DRESSLER (1973) hält die Trauer um ein Bezugsobjekt für Stress, der durch physisches Leiden wie mentale Konflikte gekennzeichnet ist und bei einem Missmanagement gewöhnlich zu einer signifikanten objektiven Manifestation, der emotionalen Krise, führt (OBERFIELD, 1984, BARKER, 1989).

3.2 Trauer und ihre Auswirkungen auf die physische Gesundheit

Als unmittelbar mit einem Trauerfall auftretende körperliche Symptome gelten gastrointestinale Störungen wie Durchfall und Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Engegefühl im Hals, Beklemmungen, Kurzatmigkeit, Seufzen und Gähnen, Herzklopfen, Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, Erschöpfung sowie vermehrte oder verminderte Muskelspannung (OBERFIELD, 1984; LAGONI et al., 1989; AIKEN, 1991; DAVIES, 1996). Im späteren Verlauf der Trauer wird ein gehäuftes Auftreten von Krankheiten oder eine Verschlechterung bereits bestehender Krankheiten, ein gestei-

gerter Medikamentenkonsum und eine niedrigere Selbstbeurteilung der eigenen Gesundheit beschrieben. Dennoch lässt sich keine Zunahme der Häufigkeit von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten feststellen. Vielfach wurde infolge des Todes eines Ehepartners oder eines anderen nahestehenden Bezugsobjektes sogar eine erhöhte Mortalitätsrate bei trauernden Hinterbliebenen verzeichnet. Ihr Tod tritt oft als Folge einer Herzerkrankung, einer Leberzirrhose, einer Infektion, eines Unfalls oder auch durch Selbstmord ein. Männer sind weit häufiger betroffen als Frauen. Nur vereinzelte Autoren sind der Ansicht, dass Trauernde verglichen mit nicht Trauernden keinen signifikanten Unterschied bezogen auf ihre körperliche Gesundheit aufweisen (MCKIERNAN, 1996).

3.3 Trauer und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Als unmittelbare Reaktion auf einen Trauerfall werden folgende seelische Symptome angegeben: Konzentrationsschwierigkeiten, Traurigkeit, Weinen, Verwirrtheit, Einsamkeit, Aktivitätshemmung; Angst vor Kontrollverlust, permanente Beschäftigung mit Erinnerungen an den Verstorbenen und teilweise Übernahme seiner Verhaltensmuster (Identifikationsphänomen), Idealisierung des Verstorbenen, Unfähigkeit, sich auf neue Bezugsobjekte einzulassen, Verlust von Organisationsmustern für die Bewältigung der täglichen Routine und für das Zusammenleben in einer bestehenden Lebensgemeinschaft (ZISOOK & DEVAUL, 1985; ILIFF & ALBRIGHT, 1988; BÖHME, 1989). Bei Kindern, die ein wichtiges Bezugsobjekt verloren haben, wurde des Weiteren eine größere Tendenz zu Schulproblemen, Kriminalität und Schizophrenie beobachtet. Als *Anniversary reaction* wird die Symptomverschlimmerung an Geburts- oder sonstigen Gedenktagen

des Verstorbenen bezeichnet (EDNEY, 1988b; AIKEN, 1991; MCKIERNAN, 1996).

3.4 Todesverständnis und Ausmaß der Trauer in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren

Als *nicht* relevant für das Trauerausmaß haben sich die Faktoren Tierspezies, Dauer des Besitzes, und die verstrichene Zeit nach Eintritt des Todes erwiesen (ARCHER & WINCHESTER, 1994). Verschiedene andere Umstände hingegen beeinflussen, welches Bild sich Menschen vom Tod machen und wie das damit zusammenhängende Ausmaß der Trauer bei den jeweiligen Personen beschaffen ist. Obwohl sich mehr oder weniger scharf exogene von endogenen Faktoren unterscheiden lassen, hängen die genannten Eigenschaften doch auf komplexe Weise miteinander zusammen und wirken sich insgesamt auf den Grad der Trauer eines Tierbesitzers aus (MCKIERNAN, 1996; MCBRIDE, 1996).

- Geschlecht

Die Besorgnis um ein sterbendes Tier wird für Frauen als signifikant größer als bei Männern angegeben. Während Traueräußerungen in der ersten Trauerperiode bei Frauen häufiger und deutlicher sind, scheinen Männer längerfristig in größerem Risiko einer physischen und emotionalen Verschlechterung infolge der Trauer zu stehen. Das hindert sie jedoch nicht daran, sich relativ bald wieder innerhalb einer neuen Beziehung zu binden (LAGO & KOTCH-JANTZER, 1988; AIKEN, 1991).

- **Alter**

Während THOMPSON et al. (1989, zit. n. MCKIERNAN, 1996) keinen Zusammenhang zwischen dem Alter einer Person und seiner Trauerreaktion sehen, weist der Umgang mit Trauer besonders bei Kindern und alten Menschen typische Merkmale auf, die ihn von der Trauerbewältigung der Menschen mittleren Alters unterscheiden (STEINEKE, 1997). Nach Aussagen verschiedener anderer Autoren scheint die Angst vor dem Tod während des mittleren Lebensalters am häufigsten und intensivsten zu sein (AIKEN, 1991).

- **Kultur**

Je nach kultureller Zugehörigkeit können lautes Klagen, stereotype Bewegungen, Zerstörungswut und Automutilation Zeichen tiefer Gefühle sein, die nicht mit Worten auszudrücken sind. Ein anderes Extrem stellen Trauernde dar, die ihre Emotionen ganz still kontrollieren. In einem Umfeld, in dem ein offenes Ausdrücken von Emotionen unüblich und nicht toleriert ist, wird die Somatisierung der Trauer begünstigt (WALTERS & TUPIN, 1991; MCKIERNAN, 1996).

- **Soziale Klasse**

AIKEN (1991) vertritt die Ansicht, dass sich finanzielle Stabilität positiv auf die Einstellung gegenüber dem Tod auswirkt. Andere Autoren hingegen sehen keinen Einfluss des sozioökonomischen Status' auf die Trauerreaktion (MCKIERNAN, 1996).

- **Bildungsstand**

Tendenziell sehen weniger gebildete Menschen den Tod eher als negativ, als verfrüht und mit Leiden verbunden. Nur selten stellt das

Thema Tod bei dieser Personengruppe einen Gesprächsgegenstand dar, Pläne oder Vorbereitungen für sein Eintreten sind unüblich (AIKEN, 1991).

- **Erfahrungen**

Der Umgang mit Trauerfällen ist geprägt von bereits erlebten Verhaltensmustern im Zusammenhang mit entsprechenden Ereignissen. Eine erfolgreiche Bewältigung früherer Verlusterfahrungen erleichtert den Umgang mit späteren Trauersituationen (DRESSLER, 1973; OBERFIELD, 1984; ROSENBERG, 1986; MCKIERNAN, 1996).

- **Psychische Stabilität**

Ich-starke Klienten glauben eher, Kontrolle über die Trauer zu haben und leiden deshalb weniger unter ihr. Eine depressive Person hingegen wird den Verlust eines Bezugsobjektes weniger gut bewältigen können (ILIFF & ALBRIGHT, 1988). Besonders traumatisch ist ein Todesfall für Menschen, die von wiederholten Verlusten, einem sogenannten „Bereavement overload“, betroffen sind. Abgesehen von den erinnerten Verletzungen selbst kann auch allein die Erkenntnis, wie verletzlich frühere Krisen gemacht haben, zu Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Trauer führen (HANCOCK & YATES, 1989).

- **Religiöse Einstellung**

Während wenige Wissenschaftler der Überzeugung sind, der religiöse Glaube einer Person habe keinen messbaren Effekt auf die Einstellung gegenüber dem Tod und die Verarbeitung von Trauer, vertreten andere Autoren einen gegenteiligen Standpunkt. Besonders bei Männern ist das Risiko einer klinischen Depression infolge eines Todesfalls geringer,

wenn sie gläubig sind. Auch der Grad der Religiosität hat Auswirkungen. Während tiefreligiöse Menschen aber auch eingefleischte Atheisten weniger ängstlich mit dem Tod umgehen, weisen Personen mit ambivalentem Glauben ein höheres Angstpotential auf (AIKEN, 1991; MCKIERNAN, 1996).

- **Todesart**

Forschungen aus dem Humanbereich belegen ein stärkeres Trauermaß bei Hinterbliebenen, wenn ihr Angehöriger plötzlich, etwa durch einen Unfall, oder aber infolge chronische Krankheiten, die länger als ein halbes Jahr andauerten, zu Tode kommt (ARCHER & WINCHESTER, 1994) (siehe hierzu auch Kapitel 1.3).

- **Art der Beziehung zum Tier und ihre Bedeutung**

Innerhalb einer Familie ist die Beziehung jedes einzelnen Mitgliedes zu dem Tier unterschiedlich. Dementsprechend reagiert auch jeder Familienangehörige anders auf den Tod des Tieres. Eine außerordentlich emotionale Mensch-Tier-Beziehung korreliert mit hohen Trauerwerten (ROSENBERG, 1986; LAGONI et al., 1994). Sie kann sich beispielsweise dadurch ergeben, dass das Tier an eine wichtige Person erinnert, dass es an derselben Krankheit leidet wie sein Besitzer oder dass es für ihn die Hauptquelle sozialer Unterstützung ist (siehe Kapitel 2.3). DOKA (1989, zit. n. ARCHER & WINCHESTER, 1994) ist im Gegensatz zu anderen Autoren der Ansicht, dass das Alleinleben nicht mit einem höheren Grad an affektiver Beziehung zum Tier verknüpft ist. Einsame Menschen trauerten nicht aufgrund einer überdurchschnittlichen Verbundenheit um ein Tier, sondern aufgrund der fehlenden

Unterstützung in dieser Verlustsituation durch andere Personen (LAGONI et al., 1989; ARCHER & WINCHESTER, 1994).

3.5 Dauer der Trauer

Die Angaben über die Dauer, in der ein Betroffener unter der Trauer leidet, variieren beträchtlich. Es werden Zeiträume von 4-6 Wochen (LINDEMANN, 1944), 6-8 Wochen (BARKER, 1989), mehreren Monaten (ENGEL, 1961, zit. n. ZISOOK & DEVAUL, 1985), 10 Monaten (KATCHER & ROSENBERG, 1982), 1-13 Monaten (BORNSTEIN, 1973, zit. n. ZISOOK & DEVAUL, 1985), eineinhalb Jahren (WHELAN, 1985), mehreren Jahren oder auch lebenslänglich (ZISOOK & DEVAUL, 1985) genannt. Eine lange Trauerphase ist nach Meinung von BARKER (1989) die Folge davon, dass mit dem Bezugsobjekt auch bestimmte Rollen und Beziehungen verloren gehen und von dem Gefühl, der Tod hätte vermieden werden können.

3.6 Vorwegnahme der Trauer

LINDEMANN (1944) prägte den Begriff der „anticipating grief“, der vorweggenommenen Trauer. Es handelt sich dabei um einen trauerähnlichen Prozess, der einsetzt, sobald Angehörige Kenntnis vom herannahenden Tod des Patienten haben. Es werden die Trauerphasen durchlaufen, die auch nach dem Tod von Hinterbliebenen durchlebt werden (ARCHER & WINCHESTER, 1994; GRÜNING, 1999). Während einige Autoren von einem erleichternden Effekt der vorweggenommenen Trauer für den späteren Trauerprozess sprechen, vertreten andere Experten die Meinung, dass eine

Vorwegnahme die nach dem Tod einsetzende Trauer weder kürzer noch weniger intensiv mache (STEVENSON, 1988; NETTING et al., 1988).

In der Tierarztpraxis äußert sich eine Trauervorwegnahme bei den Patientenbesitzern oft durch ein Gefühl der Entfremdung. So wünschen Tierhalter gelegentlich, ihr Tier einschläfern zu lassen, bevor es wirklich notwendig ist. Dem Tierarzt sollte bewusst sein, dass es sich bei solchem Verhalten um einen Verteidigungsmechanismus des Besitzers handelt, mit dem dieser bewusst oder unbewusst versucht loszulassen und seinen Schmerz zu lindern (LAGONI et al., 1994).

3.7 Trauerphasen

Zahlreiche Autoren sind der Ansicht, dass sich ein Trauerprozess in verschiedene Phasen unterteilen lässt. Dabei gilt das fünf Trauerstadien umfassende Modell der Sterbeforscherin KÜBLER-ROSS (1969) als das am meisten beachtete. Es ist zu berücksichtigen, dass mehrere Stadien zur gleichen Zeit oder in anderer Reihenfolge durchlaufen werden können und ein Hin- und Herpendeln zwischen den Phasen möglich ist. Eine Übertragung des Phasenmodells ist nach Aussage verschiedener Wissenschaftler auch auf Personen möglich, die um ein Tier trauern, da Tiere oft die Rolle eines Familienmitgliedes einnehmen (LAWRENCE, 1992; RECHENBERG, 1998). Im Folgenden soll auf die fünf Trauerstadien und ihre Bedeutung für die Angehörigen eines Patienten, aber auch für das behandelnde medizinische Personal eingegangen werden. Des Weiteren werden für jede Phase Verhaltensweisen erläutert, mit deren Hilfe einem

Tierarzt oder seinem Praxisteam der Zugang zu dem Trauernden im jeweiligen Stadium erleichtert wird.

Phase 1: Verleugnen

Das Nicht-wahrhaben-Wollen stellt einen Selbstschutz der Menschen vor ihrer Angst dar, die mit einer Realisierung der Tatsachen verbunden wäre. Um einer emotional überwältigenden Situation vorzubeugen, zieht sich der Trauernde häufig von zwischenmenschlichen Ressourcen zurück. In der Praxis stellt sich diese Phase bei Patientenangehörigen oft in Form einer selektiven Wahrnehmung dar. Die Besitzer behaupten, von den Ärzten über verschiedene Dinge nicht unterrichtet worden zu sein, stellen den tierärztlichen Einsatz in Frage, empfinden den Zustand des Tieres als völlig normal, rufen Erinnerungen an frühere Zeiten mit dem Tier wach, stellen wiederholt dieselben Fragen oder verlangen, noch eine andere Meinung zu hören. In extremen Fällen kann Verleugnen zu Sinnestäuschungen führen, wenn der Besitzer das verlorene Tier für einen Moment sehr klar „sieht“ oder „hört“ (BLACKSHAW, 1985; SWENSEN, 1991-92; ARCHER & WINCHESTER, 1994; SPRANG & MCNEIL, 1995).

Nach Meinung vieler Autoren tut der Tierarzt in einer solchen Situation gut daran, sich geduldig zu verhalten und dem verleugnenden Besitzer nach Möglichkeit 1-2 Tagen Bedenkzeit einzuräumen (KATCHER & ROSENBERG, 1982; EDNEY, 1988b; BARKER, 1989, LAWRENCE, 1992).

Phase 2 : Wut

Dem Angehörigen wird die Realität des (bevorstehenden) Todes allmählich bewusst. In vielen Fällen entwickeln die Angehörigen mit den Symptomen des Stresses einhergehende Schuldgefühle, weil sie den Tod ihres Schutz-

befohlenen als persönliches Versagen sehen. Das überwiegende Gefühl in dieser Phase ist jedoch Wut über den unfair und unangemessen scheinenden Tod des geliebten Begleiters. Oft wird der Zorn in diskriminierender Weise gegen die Familie, Freunde, gegen ein fremdes oder auch gegen das Patiententier oder auch gegen das Behandlungsteam gerichtet. THOMAS (1982) sieht einen möglichen Ausdruck des Ärgers in der signifikanten Anzahl unbezahlter Rechnungen, die in den meisten Praxen mit toten Tieren in Verbindung gebracht werden können (BLACKSHAW, 1985; ARCHER & WINCHESTER, 1994; MILANI, 1995).

Der Tierarzt-Klient-Beziehung kann die Wut des Besitzers sehr schaden, falls der Tierarzt sich durch die Anklagen persönlich angegriffen fühlt. Anstatt mit oberflächlichen Phrasen, intellektuellen Erklärungen, Vorhaltungen oder dem Aushändigen der Rechnung zu reagieren, sollte der Praktiker den Besitzern die Sinnlosigkeit oder Unfairness des Todes widerspiegeln. So wird der Arzt zu einem Verbündeten in der Trauer (BARKER, 1989; WALTERS & TUPIN, 1991).

Phase 3: Verhandeln

Das Verhandeln ist der Versuch, Zeit zu schinden, einen Aufschub des Todes gewährt zu bekommen. Die Besitzer sind sich über das Sterben des Tieres bewusst, aber intellektualisieren es. Sie führen die Verhandlung mit Gott, dem sterbenden Individuum selbst und dem Behandelnden etwa über die Anwendung lebensverlängernder Therapiemöglichkeiten (DÜRR, 1988; MILANI, 1995).

Phase 4: Depression

Die Depression ist gekennzeichnet von subjektiv empfundener schlechter Stimmung und Symptomen wie vermindertem Appetit, Gewichtsverlust, Schlafproblemen, Müdigkeit, Rastlosigkeit, Interessenverlust, Konzentrationsschwierigkeiten oder Selbstmordgedanken. Der Klient richtet den Ärger nun gegen sich selbst in Form von Schuldgefühlen, nicht früher professionelle Hilfe für sein Tier aufgesucht zu haben, sein Tier nicht genauer beobachtet zu haben, keine andere Behandlung ermöglicht oder eine andere, schmerzhaftere Therapie zugelassen zu haben. Ebenso kann sich ein Besitzer für seine Entscheidung zur Euthanasie anklagen oder aber auch für seinen Entschluss gegen das Einschläfern. Ein Abgleiten in die pathologische Depression, bei der Hilfsangebote nicht wahrgenommen werden können und anstelle gelegentlicher Freude Hoffnungs- und Hilflosigkeit um sich greift, ist in dieser Phase durchaus möglich (EDNEY, 1988b; HOPKINS, 1988; MACEWEN 1988; LAWRENCE, 1992; SPRANG & MCNEIL, 1995).

Der Tierarzt kann dem trauernden Angehörigen enorme Erleichterung von rein subjektiv empfundener Schuld verschaffen, indem er betont, dass *die Krankheit* dem Tier das Leben nimmt. Beileidsbekundungen werden erst in diesem Trauerstadium vom Klienten als tröstlich empfunden und geschätzt (THOMAS, 1982; BLACKSHAW, 1985; HART et al., 1990; COHEN & SAWYER, 1991).

Phase 5: Akzeptanz

Die Akzeptanz stellt nach KÜBLER-ROSS (1969) eine „positive Unterwerfung“ unter die unausweichliche Realität dar, was zu einem Stadium des Friedens und der Ruhe führt. In dieser Phase treffen Besitzer

die Euthanasieentscheidung oft ausgesprochen ruhig und gelassen. Es ist dem Angehörigen möglich, ohne schwere Gefühlsausbrüche über den Verlust des Begleiters zu sprechen. Emotionale Energie wird frei für ein Engagement in verschiedene Aktivitäten und neue Beziehungen. Gelegentlich erreichen Klienten dieses Stadium eher als der behandelnde Tierarzt (BLACKSHAW, 1985; WHELAN, 1985).

Die Akzeptanz des Geschehenen ist Voraussetzung dafür, dass die Anschaffung eines weiteren Tieres als Beziehungsneubeginn und nicht als Ersatz gesehen wird. Frühestens jetzt sollte ein Tierarzt die Neanschaffung eines Tieres anraten (RHEINZ, 1994).

3.7.1 Kritik am Phasenmodell

KÜBLER-ROSS (1969) betont, dass die Trauerstadien nicht als eine fixierte, variationslose Abfolge eines unausweichlichen Fortganges verstanden werden, sondern lediglich als Verständnismodell dafür dienen sollen, wie eine sterbende Person und die um sie trauernden Angehörigen fühlen und denken. Dennoch wirkt diese geordnete Auflistung der verschiedenen Phasen in den Augen vieler Wissenschaftler zu starr und wird deshalb in Frage gestellt. Außerdem sei das Modell nicht spezifisch für die Reaktion auf Sterben und Tod, sondern sei auch auf jede Art von größerem Verlust zu beziehen. Einige Autoren werfen dem Stadienmodell von KÜBLER-ROSS (1969) einen Mangel an empirischer Schlüssigkeit vor, da die Antwort eines Individuums auf einen Verlust durch eine Vielzahl endogener Variablen beeinflusst sei, und weil die Entwicklung der Stadien durchweg auf nichtrepräsentativem Datenmaterial beruhe. Ein weiterer Kritikpunkt

am Stadienmodell besteht darin, dass kein zeitlicher Rahmen der Trauerreaktion aufgeführt werde (AIKEN, 1991; CORR, 1991-92; SPRANG & MCNEIL, 1995).

Positiv befinden andere Experten am Stadienmodell, dass es Ärzten und Pflegekräften den Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen nahebringe und die Akzeptanz der Profis gegenüber der Bandbreite der damit verbundenen Emotionen erhöhe (AIKEN, 1991; MITTAG, 1992).

3.8 Weitere Theorien zur Trauer

Andere Autoren haben eigene Theorien der Trauer aufgestellt. Dabei werden die physischen wie psychischen Reaktionen von Menschen auf den (drohenden) Tod oft mit denen nach einer Katastrophe, nach einer Krise oder nach einem allgemeinen Verlust verglichen (ALSTINE, 1982; OBERFIELD, 1984). Obwohl die Namen der postulierten Phasen je nach Autor verschieden sind und die Anzahl der gefundenen Stadien zwischen drei und fünf (ZISOOK & DEVAUL, 1985; BÖHME, 1989; FARRELL, 1989; SPRANG & MCNEIL, 1995) schwankt, ist eine Ähnlichkeit zum von KÜBLER-ROSS (1969) aufgestellten und durch andere Autoren leicht modifizierten Stadienmodell offensichtlich. Lediglich die Phase des Verhandelns findet keine weiteren Anhänger.

3.9 Innere Trauer um ein Tier

Aufgrund des hohen Stellenwertes, den ein Tier in unserer Gesellschaft einnimmt, ziehen viele Autoren Parallelen zwischen Menschen und Tieren auch im Hinblick auf das Trauern um beide Spezies. So betonen zahlreiche Wissenschaftler, dass die Belastung durch den Tod eines geliebten Tieres ebenso intensiv wie die durch den Tod einer nahestehenden Person sein kann, oder sogar intensiver (WEIRICH, 1988; CARMACK, 1991, BURHENNE, 1997). Andere Experten vergleichen die Trauer um ein Tier eher mit der Trauer um einen anderen signifikanten Verlust, wie etwa den eines Körperteiles (KOTCH-JANTZER & QUACKENBUSH, 1988).

Sterben und Tod wird in unserem Kulturkreis überwiegend negativ empfunden. Das Sterben von Menschen geschieht inzwischen nur noch selten in der häuslichen Umgebung, sondern häufig in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die abwehrende Haltung gegenüber einem direkten Umgang mit Sterben und Tod wird besonders deutlich in dem Gebrauch von Metaphern. Tiere werden „eingeschläfert“, „niedergelegt“ oder „weggetan“. Menschen „entschlafen“, „gehen fort“ oder „heim“. Der Tod eines Haustieres ist für viele Menschen die erste oder einzige Begegnung und Erfahrung mit Sterben und Tod. WIEDENMANN (1993) spricht vom „intensiven Todkontakt“, der der „Hospitalisierung des menschlichen Todes“ gegenübergestellt wird. Dennoch wird für eine schnelle Beseitigung des Leichnams gesorgt, wenn ein Tier in häuslicher Umgebung stirbt. Das ist besonders dann zu beobachten, wenn Kinder zum Haushalt gehören. Eines der wenigen nicht akzeptierten Gefühle ist in unserer Kultur die Trauer um ein Tier (BURHENNE, 1997). Von einigen Autoren wird der Tiertod als Ursache „nicht gestatteter Trauer“ gar verglichen mit

Fehlgeburten und Abtreibungen im Humanbereich, da bei allen genannten Ereignissen entweder die Beziehung, der Verlust oder die trauernde Person von anderen nicht wahr- oder ernstgenommen werden. Aufgrund der geringen Akzeptanz in der Peergroup wird die Trauer um ein Tier von den meisten betroffenen Tierbesitzern möglichst geheimgehalten oder findet Ausdruck in somatischen Beschwerden. Erschwerend kommt beim Tod eines Tieres durch Euthanasie hinzu, dass die involvierten Personen gleichzeitig Sorgetragende, Entscheidungsfällende und Instrumente des Todes sind (SWENSEN, 1991-92; GEYER, 1993; OLBRICH, 1996; RATSCH, 1997).

3.10 Nach Außen gezeigte Trauer um ein Tier

Erste Zeugnisse von Tierbestattungsriten finden sich zu Beginn der Jungsteinzeit (RATSCH, 1997). Bekannt ist jedoch, dass verschiedene Tiere bei den alten Ägyptern sehr verehrt wurden und man ihren Tod öffentlich nach einem festen Ritus betrauerte. In der abendländischen Kultur genossen Tiere in der jüngeren Geschichte keinen derartig hohen Status. Zeremonien für den Tod eines Tieres fehlen bis heute in der deutschen Bevölkerung weitgehend oder finden keine soziale Billigung. Die geänderte Identität der hinterbliebenen Tierbesitzer wird nicht durch sprachliche Begriffe gespiegelt bzw. anerkannt. Die mangelnde Unterstützung trauernder Tierbesitzer durch die Gesellschaft zeigt sich daran, dass der Klerus nicht in Aktion tritt, die meisten Religionen die Unsterblichkeit der Tierseele verneinen, Zusammenkünfte der Familienmitglieder und Kondolenzbekundungen selten sind, eine Freistellung im Beruf nicht gewährt wird und gute Freunde zum Tiertod als stigmatisiertem Tod

schweigen oder ihn bagatellisieren. Unverständnis und mangelndes Mitgefühl der Öffentlichkeit verleiten nicht wenige trauernde Tierbesitzer dazu, an ihren eigenen, realen Gefühlen zu zweifeln und gegen sie anzukämpfen. Dies wiederum unterbricht den Trauerprozess und intensiviert und verlängert die Trauer (RHEINZ, 1994; MCBRIDE, 1996).

Ganz allmählich jedoch etabliert sich auch hier, was in den USA als selbstverständlich angesehen wird. Bestattungsdienste für Tiere bieten ihren Service an, wie z. B. das Abholen des toten Tieres, seine Herrichtung und eine Einäscherung. Als Behältnis für den Tierkörper oder seine Asche steht eine Auswahl von Särgen und Urnen zur Verfügung. Die gepflegten Gräber auf Tierfriedhöfen und die Inschriften der Grabsteine drücken aus, wie tief die Verbundenheit zwischen dem verstorbenen Tier und seinem Besitzer ist. Todesanzeigen sowie Nachrufe per Karte oder veröffentlicht in Tierzeitschriften bezeugen ebendies. Im Staat New York existieren bereits Pensionsschemata oder Versicherungspläne, die den Verbleib eines Haustieres nach dem Versterben seines Besitzers regeln. Auch die Einsetzung eines Tieres als Vermögenserbe ist nicht unüblich (ILIFF & ALBRIGHT, 1988; LAGONI et al., 1994).

3.11 Trauerkomplikationen und prädisponierende Faktoren

Während die sogenannte „normale“ Trauer als selbstlimitiert und relativ gutartig beschrieben wird, geht die pathologische Trauer mit einer sozialen, psychologischen und medizinischen Morbidität einher, so dass intensive Intervention benötigt wird (OBERFIELD, 1984; MITTAG, 1992; MCKIERNAN, 1996).

In den Kapiteln 2.3 und 3.4 wurden bereits die Umstände erwähnt, die die Beziehung zu einem Haustier und die Trauer beim Verlust dieses Tieres beeinflussen. Treten ein oder mehrere dieser Faktoren dabei in so extremem Ausmaß auf, dass eine zu enge oder gar abhängige Beziehung zum Tier entsteht, ist das Auftreten von Komplikationen im Rahmen des Trauerprozesses um so wahrscheinlicher (KEDDIE, 1977; EDNEY, 1988b). HOPKINS (1988) schätzt es als persönlich lohnend für einen Tierarzt ein, wenn sich dieser bemüht, solche Ausnahmefälle im Vorhinein abzusehen, zu verstehen und auf sie zu reagieren. Dazu ist es hilfreich, die prädisponierenden Faktoren einer Trauerkomplikation zu kennen:

- Alter des Besitzers von mehr als 40 Jahren, sowie weibliches Geschlecht;
- plötzlicher, unerwarteter Tod und Tod des Tieres, zu dem der Überlebende in irgendeiner Weise beigetragen hat, wie z. B. Euthanasie;
- Mangel an positiven Bewältigungserfahrungen;
- Verwirrung durch die Verwendung von Euphemismen durch den Tierarzt und sein Team;
- eine Häufung anderer signifikanter Verluste;
- langjährige Haltung des Tieres vor seinem Tod;
- herausragende Bedeutung des Tieres für seinen Besitzer;
- Abhängigkeit vom Tier;
- Angst, dass die Emotionen oder ihre Intensität nicht normal sind;
- ein Nichtausleben (-wollen oder -dürfen) der Trauergefühle;
- Alleinleben;
- Mangel an sozialer Unterstützung, bedingt durch Unverständnis oder hilfloses Schweigen des Umfeldes

(WALTERS & TUPIN, 1991; RHEINZ, 1994; SPRANG & MCNEIL, 1995; MCBRIDE, 1996).

3.12 Beitrag des Tierarztes zur Trauerbewältigung

Zur Bewältigung von Trauer ist es notwendig, dass durch kognitive und Verhaltensbemühungen eine lebenswerte Balance wiedererlangt werden kann. Gelingt dies, wird ein Burnout verhindert. Da Stressoren und auch ihre Bewältigung für jede Person individuell verschieden sind, kann es keine einzig gültigen, sondern nur bessere oder weniger akzeptable Möglichkeiten geben, wie die Bewältigung eines Todesfalles angegangen werden sollte. Durch ein angemessenes, sozial kompetentes Verhalten kann der Tierarzt entscheidend zum Gelingen des Trauerprozesses beim Klienten beitragen (LAGO & KOTCH-JANTZER, 1988; CORR, 1991-92).

Bei Tierärzten handelt es sich um Profis, die sich dem Wohlergehen von Tieren, indirekt aber auch von Menschen verschrieben haben. Die Tatsache, dass das Einschläfern von vielen Veterinären in der Praxis routiniert durchgeführt wird, bedeutet nicht notwendigerweise, dass es für sie einfach ist und sie das Verhalten ihrer Klienten in dieser Situation verstehen. Doch gilt das Verstehen dessen, was die Trauer mit sich bringt, als Schlüssel für die kompetente Handhabung der Euthanasie eines Haustieres. Nicht selten sind der Tierarzt und sein Praxisteam die einzigen, die für die Trauer des Klienten sensibel sind und ihm in der ersten Not sowohl Information als auch Unterstützung anbieten können. Indem der Tierarzt dem Klienten das Gefühl vermittelt, die Situation selbst zu einem gewissen Grad in der Hand bzw. unter Kontrolle zu haben, kommt er dem Bedürfnis des Besitzers nach Sicherheit und Autonomie entgegen und mindert so seine Angst (KOTCH-JANTZER & QUACKENBUSH, 1988; MC CARTHY, 1991).

3.13 Trauer des Tierarztes

Die psychologischen Auswirkungen auf diejenigen, die eine Euthanasie durchführen, ist ein nahezu unerforschtes Gebiet. Kein Tierarzt kann es sich erlauben, durch eine tiefe Involution in die quälenden Angelegenheiten seiner Klienten emotional stark beeinträchtigt zu werden. Auf der anderen Seite lässt eine totale Trennung den Tierarzt gefühllos und unmenschlich erscheinen und ist seinem Verhältnis zu den Klienten und ihren Tieren nicht zuträglich. Bei Arbeitskräften, die im Rahmen von Populationskontrollprogrammen Tiere der Euthanasie zuführten, wurden verschiedene Mechanismen beobachtet, mit denen die Bediensteten versuchten, mit den einhergehenden negativen Gefühlen zurechtzukommen. Dazu gehörte das „Intellectualisieren“ der Situation und das Vermeiden allen unnötigen visuellen und körperlichen Kontaktes mit dem zu tötenden Tier (EDNEY, 1988b). BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) sind der Ansicht, dass ein Tierarzt nach vollzogener Euthanasie dieselben Trauerstadien durchläuft, wie ein trauernder Besitzer. Kennzeichnend für die verschiedenen Stadien seien typische verbale Äußerungen des Praktikers. Einige Beispiele:

Phase 1: Verleugnen:

- „Er braucht nur eine andere Medikation.“

Phase 2: Wut:

- „Ich weiß es, der Besitzer hat die Medizin nicht so verabreicht, wie ich es ihm beschrieben habe.“
- „Der Besitzer war bloß empört über die Kosten.“
- „Wenn ich nur eher zu Rate gezogen worden wäre!“
- „Warum haben Sie mir nichts von diesen Symptomen erzählt?“

- „Haben Sie sich vielleicht für das Einschläfern ihres Tieres entschlossen, weil Sie in Urlaub fahren?“

Phase 3: Verhandeln:

- „Lassen Sie uns noch ein paar Tests machen.“
- „Was halten Sie von einem Versuchspräparat, über das ich neulich gelesen habe?“
- „Vielleicht noch *eine* weitere Behandlung.“
- „Lassen Sie mich nur noch eine andere Meinung einholen.“
- „Ich hätte wissen sollen, dass dieses Tier so auf die Narkose reagiert.“

Phase 4: Depression aufgrund von Schuldgefühlen:

- „Ich wusste, dass ich dieses Tier eher hätte überweisen sollen.“
- „Das muss schon da gewesen sein, als ich es das letzte Mal gesehen habe, aber ich muss es übersehen haben.“
- „Ich hätte den Besitzern nicht dazu raten sollen, im Anfang ihr Tier selbst zu therapieren.“

4. Soziale Kompetenz

4.1 Zur Definition des Begriffes soziale Kompetenz

Der Begriff der sozialen Kompetenz wird in der psychologischen und pädagogischen Literatur nicht einheitlich verwendet. Der allgemeinere Ausdruck *Kompetenz* wird von SOMMER (1977, zit. n. VERRES & SOBEZ, 1980) definiert als „Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von Verhaltensweisen (motorischen, kognitiven und emotionalen) zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen, die für das Individuum und/oder seine Umwelt relevant sind“. Nach Aussage des Autors kann menschliches Verhalten dann als „effektiv“ bezeichnet werden, „wenn es dem Individuum kurz- und langfristig ein Maximum an positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen bringt, gleichzeitig für die soziale Umwelt und die Gesellschaft kurz- und langfristig zumindest nicht negativ, möglichst aber auch positiv ist“. LOEHNER (1994) umschreibt die *soziale Kompetenz* als „Fähigkeit, mit anderen Menschen sinnvoll umzugehen“, während sie von FAIX & LAIER (1992, zit. n. SLOWAK, 1996) als Ausmaß gesehen wird, „in dem der Mensch fähig ist, im privaten, beruflichen und gesamtgesellschaftlichen Kontext selbstständig, umsichtig und nutzbringend zu handeln“. Von SLOWAK (1996) wird der Begriff kurz als „gekonntes Miteinander“ auf den Punkt gebracht. MONTAGU (1974) und SCHMIDBAUER (1972) (beide zit. n. VERRES & SOBEZ, 1980) äußern: „Entwicklungsgeschichtlich (phylogenetisch ebenso wie ontogenetisch) gesehen nimmt die Notwendigkeit des unmittelbaren Auslebens ungezügelter primitiver Affektreaktionen in dem Maße ab, wie sich differenziertere soziale Kompetenzen herausbilden“. Eine weitere Komponente der sozialen Kompetenz, die als gelingendes Gestalten einer

Beziehungen nach außen umschrieben werden kann, betont LIEBENBERGER (1992, zit. n. SLOWAK, 1996). Seiner Meinung nach hängt „meine Fähigkeit, Beziehungen nach außen zu gestalten, [...] mit meiner Beziehung zu mir selbst zusammen“. In diesem Zusammenhang hält es LÖWISCH (2000) für wichtig, „dass der Handelnde selbst sich im Sozialen nicht verausgabt und sich darin nicht verliert, dass er seine Ich-Identität nicht aufgibt“. ANTON & WEILAND (1993) beschreiben verschiedene Standbeine sozialer Kompetenz: Verhaltenskompetenz, Gruppenkompetenz „als Fähigkeit, souverän mit offenen und versteckten Konflikten in Gruppen oder Teams umgehen zu können“ und Einklang von sozialer und persönlicher Identität. Auf diesen Säulen des Konstruktes Sozialkompetenz basieren die zunächst angenommenen Dimensionen (Kapitel 8.1) der im Rahmen dieser Arbeit beschriebenen Untersuchung.

4.2 Bedeutung der sozialen Kompetenz

SLOWAK (1996) formuliert die Vorteile, die sozial kompetentes Verhalten für einen Tierarzt haben kann. Nach Meinung der Autorin wird er mehr Kunden gewinnen und dadurch finanziell besser gestellt sein. Außerdem nimmt die Anzahl seiner Freunde zu und er steht in geringerem Risiko, Burnout zu erleiden. Oft wird die Bedeutung der Sozialkompetenz für die Praxis erst dann deutlich, wenn es an ihr mangelt. Als Folge einer nicht gelingenden Beziehung nach außen beschreiben BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) ein gehäuftes Auftreten des sogenannten Burnout-Syndroms. Dabei handelt es sich nach Aussage der Autoren um eine seelische und manchmal körperliche Erschöpfung infolge einer verlängerten, ununterbrochenen Stressaussetzung. Burnout äußert sich bei den

Betroffenen, die meist auf 7-15 Jahre Berufspraxis zurückblicken können, durch immer weniger Freude an der täglichen Arbeit und einen gesteigerten Zynismus. Klienten werden als irritierend und lästig empfunden. Schließlich wirken sich die genannten Symptome auch auf das Privatleben des Tierarztes aus.

4.3 Arzt-Klient-Beziehung

Vielfach wurde die Arzt-Patient-Dyade auf Dominanzmuster untersucht. Demnach sind die meisten Interaktionen zwischen Arzt und Klient von der Vorherrschaft des Mediziners geprägt. Indikator der ärztlichen Vorherrschaft kann die Art und Weise der gegenseitigen Anrede sein. Der Patient verzichtet im Gegensatz zu jeder anderen Art von Interaktion auf eine Erwartungshaltung gegenüber dem Profi – außer der Tatsache, dass er als Klient akzeptiert sein möchte – und ebenso auf jedes Urteil über die Reaktionen des Arztes. Verglichen wird die Situation des Patienten mit der eines hilflosen Kindes, das in Interaktion mit einem Elternteil steht, der für wohlwollend gehalten wird. Als begünstigend für dieses Dominanzgefälle wird der Wunsch kranker Personen angenommen, von einer dominanteren Person umsorgt zu werden, da in so einem Fall eine Regression des Patienten möglich wird, die für ihn von therapeutischem Nutzen sein kann (BEN-SIRA, 1976; TWEMLOW, et al. 1995).

YANG et al. (1995) untersuchten die Zufriedenheit taiwanesischer Klienten mit ihren Tierärzten. 93 % der Besitzer sagten aus, dass man ihnen von seiten des TA Aufrichtigkeit und Respekt entgegenbrachte, 77 % vertrauen ihrem TA. Von den Befragten glaubten 85 %, dass der TA über ein gutes

Fachwissen verfügt. Als wichtigste Eigenschaften eines Tierarztes gaben die Klienten gute diagnostische Fähigkeiten und die Bereitschaft zu detaillierten Erklärungen gegenüber dem Besitzer an.

Diese Prioritäten der Wertschätzung eines Arztes durch den Klienten decken sich nicht mit den Erkenntnissen verschiedener Autoren der Humanmedizin. BEN-SIRA (1976) etwa meint, dass das manifeste Ziel des Patienten, sein Gesundheitsproblem gelöst zu bekommen, oft mit dem latenten Ziel vergesellschaftet sei, von seiner Angst befreit zu werden. Aus diesem Grund sollte ein Arzt fähig sein, zwischen seinen formellen und informellen Rollen zu wechseln und auf diese Weise sowohl den medizinisch-instrumentellen als auch den personenbezogenen Erwartungen des Klienten gerecht werden (BECKMANN, 1994). Nach BEN-SIRA (1974) stellt das Maß der emotionalen Unterstützung, die Klienten von ihrem Arzt erfahren, ein entscheidendes Kriterium für die Wertschätzung des Arztes dar. Die fachliche Qualität eines Arztes sei für die meisten seiner Patienten kein vorrangiges Kriterium der Wertschätzung, da trotz zunehmender medizinischer Aufklärung der Bevölkerung die meisten Klienten seine medizinischen Fähigkeiten dennoch nicht angemessen beurteilen könnten. Die spontane Zufriedenheit des Klienten sei also eine Konsequenz der Art und Weise, wie der Profi auf ihn reagiert habe, und nicht eine Konsequenz des fachlichen Gehaltes dieser Reaktion. So sei zu erklären, dass Patienten, die einen niedergelassenen Praktiker aufgesucht hatten, im allgemeinen zufriedener mit ihrem Arzt waren als Klienten, die sich in einer unpersönlicheren Klinik mit größerer professioneller Kompetenz behandeln ließen. Je ernster eine Erkrankung, um so größer ist die Angst des Patienten und entsprechend auch sein Wunsch, von dieser Angst befreit zu werden. Da diesem außerordentlich großen Bedürfnis nicht durch eine

routinemäßige medizinische Versorgung begegnet werden kann, muss in solchen Fällen mit einem erhöhten Ausmaß an Frustration bei den Betroffenen oder auch ihren Angehörigen gerechnet werden. Verschiedene Autoren sind der Ansicht, dass viele Gerichtsprozesse, die wegen falscher medizinischer Behandlung angestrengt werden, eigentlich die Folge einer nicht gelingenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind (MILANI, 1995; TWEMLOW et al., 1995). Neben medizinischen Fachkenntnissen sind auch äußere, sogenannte administrative Faktoren wie z. B. die Wartezeit weniger als das affektive Verhalten des Arztes ausschlaggebend für die Zufriedenheit des Klienten (BEN-SIRA, 1976). Als Beispiel sei hier eine Untersuchung von TWEMLOW et al. (1995) erwähnt, nach der sich nur 13 % der Befragten unzufrieden äußerten, wenn der Arzt in ihrer Gegenwart ein medizinisches Fachbuch zu Rate zog. Die meisten (84 %) Patienten fanden diesen Umstand sogar zumindest gelegentlich angenehm.

5. Angewandte Sozialkompetenz

Das Ausmaß sozial kompetenten Verhaltens eines Tierarztes hat besonders in Euthanasiesituationen entscheidenden Einfluss auf die Klientenzufriedenheit. Nach Ansicht von STEWART (1988) kann der Ruf eines praktischen Tierarztes durch die Handhabung des Einschläfern und des Todes entstehen, aber auch ruiniert werden. EDNEY (1988) vertritt die Auffassung, dass eine mangelhafte Technik und gefühllose Einstellung des Tierarztes im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie die Praxisbeziehung zu dem Besitzer mehr als alles andere schädigen. BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) nehmen bezogen auf eine Pferdepraxis an, dass 68% der abwandernden Klienten auf das Konto eines unsensiblen Euthanasiehandlings gehen. Aus diesem Grund soll im Folgenden auf die Schwierigkeiten, vor allem aber auf die Möglichkeiten sozial kompetenten Umgangs des Tierarztes innerhalb des Praxissettings im Rahmen einer Euthanasiesituation eingegangen werden.

5.1 Der Tierarzt im Spannungsfeld der Bedürfnisse und Erwartungen

Bei den meisten tierärztlichen Praxistätigkeiten muss der Veterinär mehrere Interessen berücksichtigen, die sowohl übereinstimmend als auch miteinander konkurrierend sein können (QUACKENBUSH, 1988; COHEN & SAWYER, 1991). Obgleich die letzte Entscheidung über die Euthanasie eines Tieres bei dessen Besitzer liegt, hat der Tierarzt als Fachmann einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Entschluss. Besonders in diesem Stadium wird das Spannungsfeld des Tierarztes zwischen den verschiedensten Bedürfnissen und Erwartungen deutlich (SWENSEN, 1991-92).

Letztlich verdient jeder Fall eine individuelle Betrachtung, bei der die Interessen des Tieres, seines Besitzers und die des Tierarztes gegeneinander abzuwägen sind (STEWART, 1988).

Die *Interessen des Tierbesitzers* werden durch emotionale, soziale und wirtschaftliche Aspekte geprägt. Eine starke gefühlsmäßige Verbindung zum Tier kann resultieren in einer großen Sensibilität für ein Unbehagen des Vierbeiners, aber auch in einem irrationalen Fehltritt über seine Befindlichkeit. Außerdem lassen sich Tierbesitzer in ihren Entscheidungen über das Tier von außenstehenden Personen ohne Fachwissen, wie Arbeitskollegen oder Passanten auf der Straße, beeinflussen. Nicht selten geben finanzielle Aspekte Ausschlag dafür, ob der Tierhalter seinen Vierbeiner weiter behandeln lassen kann und will. Insgesamt hält STEWART (1988) viele Besitzer nicht für die besten Richter über das Wohlergehen ihres Tieres (COHEN & SAWYER, 1991).

Als Vertreter der *Interessen des Tieres* sollte sich ein Tierarzt seiner Sorgfaltspflicht für die ihm anvertrauten Tiere bewusst sein. Oft ist das Beste für das Tier nicht gleichzeitig auch das Beste für seinen Besitzer. Das tierärztliche Selbstverständnis als Anwalt des Tieres gerät besonders dann unter heftige Spannung, wenn gesunde Tiere getötet werden sollen. In solchen Fällen muss der Praktiker auch in seine Überlegungen mit einbeziehen, welchen weniger akzeptablen möglichen Alternativen das Tier ausgesetzt ist, wenn eine Euthanasie verweigert wird. Ein unfachmännisches Töten durch einen Laien, die Haltung unter unwürdigen Umständen, das Aussetzen oder Missbrauchen können eine größere Missachtung der Interessen des Tieres darstellen als eine schmerzlose Euthanasie (EDNEY, 1988b; SWENSEN, 1991-92).

Die *Interessen des Tierarztes* sind geprägt von seinem bereits erwähnten Selbstverständnis als Anwalt des Tieres, wie auch von medizinischen, ethischen, juristischen, zwischenmenschlichen und ökonomischen Erwägungen. Ihm stellen sich die Fragen, ob etwa die Erkrankung eines Tieres erfolgversprechend behandelbar ist, ob er zur Tötung eines Tieres aus nicht vernünftig erscheinenden Gründen berechtigt ist, ob er ein stark leidendes Tier ohne Kenntnis seines Besitzers erlösen darf, ob er ein Herauslösen eines Partnertieres aus der Beziehung zu seinem Besitzer verantworten kann oder ob eine vage Prognose den finanziellen Behandlungsaufwand genügend rechtfertigt und ob die Kosten in akzeptablem Verhältnis zum Wert eines (Nutz-)Tieres stehen. Aufgrund dieser großen Anzahl verschiedener Interessen findet sich der Tierarzt dann in der Rolle eines Arztes, Freundes, Erziehers, Sozialarbeiters, wirtschaftlichen Beraters sowie Trauerbegleiters wieder (STEWART, 1988; MILANI, 1995).

Bei der Berücksichtigung der verschiedenen Ansprüche sehen sich zahlreiche Tierärzte in einem Zwiespalt zwischen Ideal und Wirklichkeit. Der daraus resultierende persönliche und professionelle Konflikt des Tierarztes sorgt für eine konstante unausweichliche und zuweilen unerträgliche Quelle des Stresses (siehe Kapitel 5.8) (ROLLIN, 1988).

5.2 Entscheidung über die Euthanasie

Voraussetzung für eine vertretbare Entscheidung über eine Euthanasie ist es, dass Klient und Tierarzt als Team zusammenarbeiten. Dabei sollte der Tierarzt darauf achten, dass weder ein erwachsenes noch ein minderjähriges Familienmitglied des Tierbesitzers bei der Überlegung sämtlicher

Alternativen ausgelassen wird (HART et al., 1990; COHEN & SAWYER, 1991). Eine Unstimmigkeit zwischen allen Involvierten stellt eine Belastung für Seele und Körper des Patiententieres, des Besitzers wie auch des Tierarztes dar, die nach Möglichkeit vermieden werden sollte (STEWART, 1988; MILANI, 1995).

Vielfach wird betont, dass die Entscheidung über das Einschläfern eines Tieres letztendlich bei seinem Besitzer liegt (BURHENNE, 1997). Aus diesem Grund vermeiden einige Tierärzte, die Euthanasie zu erwähnen, solange, bis der Klient selbst die Beendigung des Tierlebens anspricht. Andererseits bedeutet es für nicht wenige Klienten eine große Erleichterung, wenn der Tierarzt derjenige ist, der die Möglichkeit der Euthanasie als erster anspricht (COHEN & SAWYER, 1991; CORR, 1991-92). Ein günstiger Einstieg hierzu kann es sein, den Verlauf der Erkrankung und Behandlung Revue passieren zu lassen, so dass das bisher eingeflossene Engagement und die Veränderungen im Gesundheitszustand des Tieres deutlich werden (HART et al., 1990).

5.3 Wahl des Euthanasiezeitpunktes

Da der Tod eines Bezugsobjektes die soziale Struktur und die Identität des Überlebenden verändert, ist die Entscheidung über den Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung schwierig. Ein Tod zu „Unzeiten“ produziert ein viel größeres Ausmaß an Stress als ein erwarteter Tod zu „angemessener“ Zeit. Zum Abschiednehmen wird für die Hinterbliebenen ein Sterbeprozess von 1-2 Monaten als günstig angenommen (SWENSEN, 1991-92). Der Zeitpunkt, zu dem ein Besitzer von der infausten Prognose seines noch

nicht leidenden Tieres erfährt, ist laut STEWART (1988) ungeeignet, um von Seiten des Tierarztes die Euthanasie als Möglichkeit anzusprechen. Der Besitzer befindet sich noch in der Phase des Schocks und Unglaubens und kann keine echte Entscheidung treffen. Ein großes Ausmaß an Schuldgefühlen, Wut gegen den Tierarzt und Beschuldigungen des Entscheidung-Treffenden durch seine Familienmitglieder wären die Konsequenz eines sofortigen Euthanasieentschlusses. COHEN & SAWYER (1991) hingegen befürworten das Besprechen der Alternative Euthanasie, wenn beim Tier zum erstenmal die Diagnose einer ernsten Erkrankung gestellt wird. Auf diese Weise werde dem Besitzer und auch seinem Tier zukünftiges Leiden erspart, falls mangels finanzieller, emotionaler oder körperlichen Rücklagen des Besitzers keine Behandlung der fortschreitenden Krankheit erfolgen kann. THOMAS (1982) und SCHMIDT (1999) empfehlen, die Möglichkeit der Euthanasie schon dann zu besprechen und zu einer Entscheidung zu finden, wenn noch keine dringende Notwendigkeit dazu besteht. Nach der Meinung verschiedener Autoren besteht eine solche dringende Notwendigkeit zur Einschläferung eines Tieres dann, wenn es seine Grundbedürfnisse nicht ohne Schwierigkeiten und Schmerzen stillen und sich nicht in seine soziale Umgebung eingliedern kann. In einigen Fällen ist es notwendig, dem Patientenbesitzer Informationen darüber zu vermitteln, welche konkreten Anzeichen für ein Unbehagen des Tieres sprechen. Als zusätzliche Euthanasieindikation gilt die Unfähigkeit des Besitzers, physisch, emotional, finanziell und zeitlich mit der erforderlichen Pflege und Medikation fertig zu werden (MACEWEN, 1988; STEWART, 1988; VENNEBUSCH, 1998).

5.4 Euthanasie gesunder Tiere

Das Einschläfern gesunder Tiere ist eines der vielen ethischen Dilemmata, mit denen ein Tierarzt konfrontiert wird. Verhaltensprobleme des Tieres, ungewollte Würfe oder überzählige Tiere, Allergien und andere Krankheiten des Tierhalters, die Furcht von Zoonosen, Trennung, Scheidung oder Tod der Tierbesitzer, persönliche oder finanzielle Belastungen werden von Tierhaltern als Begründung genannt, warum sie die Euthanasie ihres Vierbeiners wünschen. Das Vollziehen und Akzeptieren solcher Euthanasien durch den Tierarzt ist kulturell beeinflusst. Laut einer britischen Studie würden 74 % der Veterinäre ein Tier einschläfern, wenn der Besitzer es verlangt. In Japan sind dazu nur 44 % der Tierärzte bereit; 28 % gaben an, noch nie ein Tier eingeschläfert zu haben, auch nicht bei Vorliegen einer Krankheit (HART et al., 1990). Hilfreich für das Wohlbefinden des Tierarztes ist es in diesem Zusammenhang, dass er seine persönliche ethische Position laufend überprüft und auswertet. Darüber hinaus kann er oft durch wenige Nachfragen die Geschichte hinter der Forderung nach der Euthanasie eines Tieres errahnen und entsprechend Alternativen vorschlagen (BUSTAD et al., 1981; STEWART, 1988).

5.5 Art und Weise einer sozial kompetenten Kommunikation

Die Art und Weise der Kommunikation zwischen Tierarzt und Patientenbesitzer ist entscheidend für die Effektivität und die Befriedigung in der Arzt-Klient-Beziehung (YOULL, 1989; CREAGAN, 1994). Dabei sollte der Praktiker:

- Störungen vermeiden (LAGONI & BUTLER, 1994);

- sich mit dem sitzenden oder stehenden Besitzer auf gleichem Level befinden und sich vorwärts lehnen (AVMA, 1995);
- mechanischen Barrieren beseitigen und Blickkontakt halten (ALSTINE, 1982);
- einfühlsam und offen für neue Einstellungen sein; zuhören können (HANCOCK & YATES, 1989; CORR, 1991-92);
- Schlüsselbegriffe wiederholen, den Klienten um eine Wiederholung der Hauptpunkte bitten oder ihm Anweisungen aufschreiben (AVMA, 1995).
- Emotionen der Besitzer zur Kenntnis nehmen und wertschätzen; Mitgefühl ausdrücken durch höfliche Berührungen oder das Anbieten eines Taschentuchs (WHELAN, 1985; COHEN & SAWYER, 1991);
- Klienten ermutigen, vertraute Personen mitzubringen (CREAGAN, 1994);
- den Besitzer zu mehreren Gesprächen bestellen, falls ein zu großes Maß an schlechten Nachrichten nicht aufgenommen werden kann (CREAGAN, 1994);
- beim Äußern einer Überlebensprognose festlegende, genaue Zahlenangaben vermeiden (EDNEY, 1988b);
- auf nonverbale Äußerungen wie Seufzen oder Kopfnicken achten (BUTLER & SHORT DEGRAFF, 1995).

5.6 Der Ablauf des Euthanasiegeschehens

Der im Folgenden aufgeführte Ablauf des Euthanasiegeschehens hat sich nach Angaben britischer und US-amerikanischer Wissenschaftler als günstig erwiesen:

5.6.1 Vorbereitung auf die Euthanasie

Grundsätzlich kann die Vorbereitung des Klienten auf alle Eventualitäten im Zusammenhang mit dem Haustier, auch mit dessen Tod, beginnen, wenn er sein Tier zum ersten Mal in die Praxis bringt. In den meisten Fällen erfolgt die Beschäftigung mit dem Ende des Tierlebens jedoch erst, wenn die Euthanasie in absehbarer Zeit nötig sein wird. Oft ist es die Konsequenz einer schlechten Vorbereitung des Tierbesitzers, wenn Euthanasien später als katastrophal vom Tierarzt erinnert werden. Für den Klienten liegt der Vorteil einer Vorbereitung darin, sich auf den Tod des Tieres einstellen und ein gewisses Maß an Trauer vorwegnehmen zu können (siehe Kapitel 3.6). Fragebögen, die vom Besitzer ausgefüllt und in der Patientenakte aufbewahrt werden, sowie Videos, Broschüren und nicht zuletzt die verbale Kommunikation zwischen Tierarzt und Patientenbesitzer bilden die Basis für eine Vorbereitung des Klienten auf die Euthanasie seines Tieres. Nebenbei erfährt der Tierarzt durch das Interview vom Besitzer auch die besonderen Anforderungen, die dieser an die Euthanasie seines Tieres stellt. Die Aspekte der Klientenvorbereitung bzw. des -interviews beziehen sich überwiegend auf vorbereitende Maßnahmen, auf die Euthanasiedurchführung, auf die Frage nach der Anwesenheit der Besitzer oder nach dem Betrachten und Beseitigen des toten Tieres sowie auf den nachbereitenden Prozess (HANCOCK & YATES, 1989; HART et al., 1990; COHEN & SAWYER, 1991). Im Vorfeld einer Tiereuthanasie können folgende Maßnahmen hilfreich für den Besitzer sein:

- Anschaffung eines Jungtieres, um der Familie über die bevorstehende Euthanasie ihres älteren vierbeinigen Hausgenossen hinweg zu helfen (EDNEY, 1988b).

- das Einziehen von Erkundigungen, ob der Klient zu Hause emotionale Unterstützung durch eine andere Person erfahren wird. Ist dies nicht der Fall, können mit Einverständnis des Tierhalters ihm vertraute Personen über die bevorstehende Krisensituation informiert werden (CREAGAN, 1994).
- deutliche Markierung der Kartei des Tieres, das zur Euthanasie gebracht wird, damit sein Besitzer nicht unnötig warten muss (HART et al., 1990).
- Einverständniserklärung vom Besitzer unterzeichnen lassen. Eine solches in der Karteikarte des Tieres verbleibendes Schriftstück beugt späteren Diskussionen über die Identität der Person vor, die letztendlich die Zustimmung zu der Prozedur gab. Obwohl die routinemäßige Verwendung von Zustimmungsf formularen zum Schutz des Tierarztes empfohlen wird, sollte man jedoch nicht verschweigen, dass einigen Besitzern ihre Unterschrift auf einem solchen Formular wie ein Todesbefehl erscheinen und daher unangenehm sein kann. Niemals sollte sich ein Tierarzt dazu verleiten lassen, das Tier eines nicht begleiteten Minderjährigen zu töten (EDNEY, 1988b).
- Absprache von Ort und Zeit. Vorzug sollte einer weniger belebten Tageszeit gegeben werden (LAGONI & BUTLER, 1994).
- Klärung, ob der Besitzer bei der Durchführung der Euthanasie anwesend sein möchte. Einige Tierärzte entmutigen die Besitzer, der Euthanasie beizuwohnen, weil sie sie nicht belasten, eine Aufregung des Tieres vermeiden oder nicht an Gefühlsäußerungen der Profis selbst teilhaben lassen wollen. Klinische Erfahrungen zeigen jedoch, dass Gefühle von Schmerz und Qual beim Besitzer intensiver sind, wenn er nicht bei der Euthanasie seines Tieres zugegen ist. Einige Klienten scheuen die Bitte, anwesend sein zu dürfen, weil sie von der Autorität des Tierarztes eingeschüchtert sind. Außerdem sind die Besitzer in ihrer diesbezüglichen Entscheidung oft hin- und hergerissen. Auf der einen Seite wollen sie ihr Tier nicht allein lassen, sich von ihm verabschieden und sicher gehen, dass es schmerzlos gestorben ist. Auf der anderen Seite beängstigt sie der Gedanke, dem Sterben beizuwohnen. Hier ist die Information durch den Tierarzt besonders wichtig, damit der Klient eine saubere Entscheidung über seine mögliche Anwesenheit treffen kann (LAGONI & BUTLER, 1994). Der Praktiker sollte erklären, was bei der Euthanasie passiert und passieren kann, und erläutern, dass es sich dabei um einen schmerzlosen, narkoseartigen Vorgang handelt. Ist ein Besitzer nicht oder nicht ausreichend auf die Prozedur vorbereitet,

werden ihn die Erregungsphase seines Tieres, seine Lautäußerungen oder Bewegungen bei Eintritt des Todes dermaßen schockieren, dass sich der behandelnde Tierarzt in zukünftigen Fällen gegen die Anwesenheit von Tierbesitzers entscheiden wird. Ohnehin sind einige Autoren der Ansicht, dass die Anwesenheit des Besitzers nicht so sehr von dessen, sondern von der Entscheidung des Tierarztes abhängen sollte. Zum Zeitpunkt des Euthanasie solle alle Aufmerksamkeit auf die anstehende Handlung gerichtet sein und nicht durch möglicherweise unkontrollierte Reaktionen des Besitzers gestört werden. Ein Tierarzt möge sich über seine Gefühle bezüglich einer Anwesenheit des (eventuell minderjährigen) Tierbesitzers klar werden und in der Folge Euthanasien ablehnen, die zu anstrengend zu werden scheinen (FEHR & KUMMERFELD, 2001).

- Bestimmung weiterer anwesender Personen. Als günstig hat sich die Ermutigung des Klienten erwiesen, eine Person seines Vertrauens mitzubringen, die ihm beistehen und ihn nach der Euthanasie seines Tieres nach Hause fahren kann (VENNEBUSCH, 1998).
- Klärung, ob eine Obduktion sinnvoll erscheint und erwogen wird. Besonders für Besitzer, die zu Schuldgefühlen neigen, kann die Aufdeckung der genauen Todesursache des Tieres eine große Erleichterung bedeuten. Daneben kann das Mitteilen des Autopsieergebnisses ein günstiger Anlass sein, mit den trauernden Besitzern noch einmal in Kontakt zu treten und letzte Fragen im Zusammenhang mit dem Tod des Tieres zu klären (HARRIS, 1989; WALPOLE, 1993).
- Absprache mit dem Besitzer, ob er das tote Tier noch einmal sehen möchte, besonders wenn der Tierhalter bei dem eigentlichen Euthanasieprozess nicht anwesend war. Im Allgemeinen unterstützt das Ansehen des toten Tieres den Trauerprozess, da dem Klienten so die Realität des Todes offensichtlich ist. Sofern eine Obduktion durchgeführt wurde, sollte der Tierkörper wieder in einen ansehnlichen Zustand gebracht werden. Ein friedlich aussehender Tierkörper kann dem Besitzer die Richtigkeit seiner Entscheidung zur Euthanasie bestätigen. Außerdem zerstreut sich die Befürchtung einiger Tierhalter, ihr Tier sei nicht getötet, sondern an ein Versuchslabor verkauft worden (HART et al., 1990).
- Ermutigung des Besitzers, sich über den Verbleib des Tierkörpers Gedanken zu machen. Indem sich der Tierhalter schon im Vorfeld der Euthanasie für eine bestimmte Art der Beseitigung entscheidet, ist es

ihm möglich, den Stress im Verlauf der Euthanasiesituation zu vermindern und eine wenig emotionale, überlegte Entscheidung zu treffen. Auch bei der Entscheidungsfindung über die Beseitigung fällt dem Tierarzt die Aufgabe zu, den Klienten über die verschiedenen Möglichkeiten zu informieren (siehe auch Kapitel 5.6.3). Dies kann in einer mündlichen Unterhaltung oder mit Hilfe einer Broschüre geschehen. Sofern die Euthanasie planbar ist, sollte der Besitzer nicht zu einer schnellen, spontanen Entscheidung über den weiteren Verbleib des toten Tieres gedrängt werden. Bestrebungen, sein Tier nach Möglichkeit selbst zu bestatten, sollten Ermutigung durch den Praktiker finden, da sich eine eigenhändige Beseitigung günstig auf den Trauerprozess auswirkt. Letztlich sollte der Tierarzt jedoch jeden Wunsch des Besitzers bezüglich der Beseitigung des Tierkörpers respektieren (THOMAS, 1982; QUACKENBUSH, 1985; COOKE, 1988).

- Bitte um eine vorgezogene Begleichung der festgelegten Euthanasiekosten, damit die Rechnung nicht unmittelbar nach der kritischen Situation präsentiert werden muss (LAGONI & BUTLER, 1994).

5.6.2 Durchführung der Euthanasie

Die Euthanasie sollte vom Haustierarzt des Patiententieres durchgeführt werden, da dieser im Gegensatz zum Spezialisten meist das Tier sowie dessen Besitzer kennt und ein Gefühl der Vertrautheit und des Aufgehobenseins vermitteln kann. Dabei sollte sich der Praktiker bewusst sein, dass der Besitzer nicht nur unmittelbar nach dem Tod des Tieres, sondern auch zu dem Zeitpunkt, wenn er mit dem zu tötenden Tier die Praxis betritt, von einem großen Ausmaß an Trauer heimgesucht werden kann. Daher ist es bei einer terminlich vereinbarten Euthanasie angemessen, den Tierbesitzer mit seinem einzuschläfernden Tier nicht im Wartezimmer warten zu lassen, sondern beide sofort nach ihrem Eintreffen in einen geeigneten Behandlungsraum zu begleiten. Um fatalen Missverständnissen vorzubeugen, sollte dort vor Beginn der Prozedur jede Zwei-

deutigkeit bezüglich der Identität des Tieres und seines Besitzers ausgeräumt werden. Damit sich der euthanasierende Veterinär auf die medizinischen Aspekte konzentrieren und sich zusätzlich ein Fachmann um die Bedürfnisse des Besitzers kümmern kann, wird für die Euthanasie – sofern möglich – die Anwesenheit von mindestens zwei Tierärzten empfohlen. Nicht nur von diesen beiden Behandlern, sondern auch vom übrigen Praxispersonal ist ein geschultes, umsorgendes und diskretes Auftreten wünschenswert. Der zur Euthanasie gewählte Raum sollte ruhig und von Störungen unbehelligt bleiben. Zum Aufsaugen eventuell abgehender Exkremente erweist es sich als günstig, den Behandlungstisch zunächst mit Zellstoff und abschließend mit einem frischen Tuch abzudecken. Der Beginn des Euthanasieprozesses sollte dem Besitzer deutlich mitgeteilt werden. Jeder weitere Handlungsschritt sowie sämtliche beim Tier zu erwartenden Reaktionen, einschließlich der unschönen wie Defäkation, Geöffnetbleiben der Augen, Lautäußerung oder Schnappatmung sind dem Besitzer behutsam mitzuteilen. Es sollte betont werden, dass der Eintritt des Todes für das Tier nicht mit Schmerzen verbunden ist. Ansonsten wird dem Tierarzt empfohlen, sich still zu verhalten. Eine vorherige Sedation des Tieres wird von vielen Autoren (z. B. HART et al., 1990) gefordert, da sie das Risiko einer finalen Exzitation des Tieres vermindert und so dem Patienten wie auch dem Klienten und dem Behandelnden entgegenkommt. Dazu sollte dem Tier ein venöser Zugang, z. B. mit Hilfe eines Butterfly-Katheters gelegt werden. Um hierbei einen ruhigen Ablauf zu begünstigen, kann für diesen Eingriff ein Nebenraum oder der Zeitpunkt genutzt werden, zu dem der Besitzer die Formalitäten an der Rezeption erledigt. Hat sich der Tierhalter dazu entschlossen, bei der Euthanasie anwesend zu sein, wird als Injektionsort für Hunde die Vena saphena lateralis in der Hinterextremität des Tieres angeraten, damit der Platz am Kopf des Tieres

für dessen Besitzer frei bleibt. Einige Klienten wollen das Tier selbst festhalten. Befürchtet der Tierarzt jedoch ein emotionales Zusammenbrechen des Patientenbesitzers, eine damit verbundene Beunruhigung des Tieres und eine Verminderung der Arbeitssicherheit, kann er dem Klienten alternativ vorschlagen, das Tier zwar zu streicheln aber durch eine geschulte Helferin festhalten zu lassen. Große Wunden verunfallter Tiere sollten abgedeckt werden. Darüber hinaus raten einige Autoren, bei allen zu euthanasierenden Tieren das Hinterteil mit einem Tuch zu überdecken, um ein mögliches Absetzen von Kot und Urin vor dem Besitzer zu verbergen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein zuvor einfühlsam aufgeklärter Tierbesitzer durch eine Defäkation seines Tieres tatsächlich traumatisiert wird oder ob ihm die zugrundeliegende Muskeler schlaffung nicht auch eine wohltuende Gewissheit über den realen Tod seines Tieres vermitteln kann. Der Anblick von Spritzen und Kanülen ist für einige Menschen alarmierend. Aus diesem Grund sollten solche Utensilien solange wie möglich – z. B. in der Kitteltasche – verborgen bleiben. Die Medikamente sind ohne Zeitverzug zu injizieren, wobei jede Injektion benannt werden sollte, damit der Tierbesitzer Schritt halten kann. Viele Klienten schätzen es sehr, wenn man sie eine kurze Zeit mit ihrem sterbenden oder bereits toten Tier alleine lässt. Bevor sich das Behandlungsteam entfernt, sollte der Tierarzt einen Zeitpunkt festsetzen, wann er zurückkehren wird oder mit dem Tierhalter ein Zeichen vereinbaren, mit dessen Hilfe der Klient den Behandelnden seine Bereitschaft fortzufahren signalisieren kann. In einem solchen Fall muss ein Bediensteter in unmittelbarer Reichweite des Behandlungsraumes bleiben. Bleibt ein Zeichen des Besitzers nach mehr als zehn Minuten aus, kann der Tierarzt höflich und ruhig fragen, ob er mit weiteren Handlungen fortfahren darf. Verneint der Klient dies, sollten ihm ohne ungedulden

Unterton weitere Minuten mit seinem Tier zugestanden werden. Laut LAGONI & BUTLER (1994) sagen Besitzer häufig aus, dass sie sich während des Euthanasieprozesses durch den Tierarzt gehetzt fühlten und dass dieses Gefühl alle positiven Aspekte zunichte machte. Meistens stößt es auf Wohlwollen, wenn dem nachfolgenden Klienten die Situation erklärt wird und man ihn um ein paar Minuten Wartezeit bittet, damit sich der andere Patientenbesitzer von seinem Tier verabschieden kann. Der Tod des Tieres sollte mit einer klaren, einfachen Aussage festgestellt werden. Der Besitzer reagiert darauf möglicherweise sehr emotional. Zu diesem Zeitpunkt kann der Tierarzt dem Besitzer noch einmal die Richtigkeit seiner Entscheidung zur Euthanasie versichern. Außerdem ist der Moment für den Tierarzt geeignet, seine eigenen Gefühle über seine Beziehung zu dem Tier auszudrücken. Diese Äußerungen können den Besitzer veranlassen, auf das Leben seines Tieres zurückzublicken. Verlässt ein Klient die Praxis ohne sein Tier, kann die weitere Anwesenheit eines Personalmitgliedes im Behandlungsraum dem Besitzer vermitteln, dass sein Tier nicht vergessen oder respektlos behandelt wird. Ein anderes Teammitglied kann derweil die trauernden Besitzer zum Auto geleiten. Falls nicht anwesende Familienmitglieder das Tier später noch einmal sehen möchten, sollte das Tier so hergerichtet sein, das es angenehm aussieht. Dazu gehört auch, dass alle Katheter und Pflaster entfernt werden (MCBRIDE, 1996). Viele Autoren machten die Erfahrung, dass die Worte des Tierarztes, die er in der Euthanasiesituation äußert, größeren Eindruck als alle bisherigen Behandlungen auf den Tierbesitzer machen und, sofern sich der Klient von ihnen angesprochen fühlt, von ihm mit tiefer Dankbarkeit honoriert werden (LEE, 1992). Viele Tierhalter nutzen das Angebot, eine Locke, einen Pfotenabdruck oder ein anderes Erinnerungsstück an ihr Tier mit nach Hause zu nehmen (RECHENBERG, 1998).

Während KATCHER & ROSENBERG (1982) im Falle eines emotionalen Ausbruchs des trauernden Besitzers dem Tierarzt empfehlen, mit Hilfe der Autorität seiner Anwesenheit und seiner sympathischen Haltung diese Traueräußerungen zu limitieren, fordern andere Fachleute, zum Ausdrücken der Trauer zu ermutigen. Dabei fühlen sich viele Mitglieder eines Behandlungsteams unbeholfen und unbehaglich. Doch allein entspanntes, aufmerksames Zuhören trägt dazu bei, dass sich der Trauernde in seinen Gefühlen ernstgenommen weiß. Nach dem emotionalen Tiefpunkt des Klienten sollte der Tierarzt sein Mitleid bekunden, selbst dann, wenn der Besitzer wütende Anklagen gegen ihn richtet. Dazu wird, neben dem Anbieten von Taschentüchern, vielfach das Berühren von Hand oder Arm des Besitzers oder eine Umarmung seiner Schultern erwähnt. EDNEY (1988a) weist jedoch darauf hin, dass Sympathiebekundungen auch einen irreleitenden Effekt haben können. Das Ausdrücken von Mitgefühl könne sowohl als Sympathie als auch als Schuldeingeständnis vom Besitzer verstanden werden. Zu sagen, dass es einem Leid tue, sei für den Besitzer möglicherweise eine Einladung, den Tierarzt als Sündenbock anzuklagen (KATCHER & ROSENBERG, 1982; LAGONI & BUTLER, 1994; AVMA, 1995).

Von vielen Besitzern wird eine Tasse Tee oder ein Sitzplatz in einer ruhigen Ecke, mit oder ohne die Unterstützung einer Helferin, für ein paar Minuten sehr geschätzt, auch wenn sie möglicherweise in dem Moment nicht fähig sind, sich auszudrücken. Sofern es die Räumlichkeiten der Praxis zulassen, sollte dem Besitzer der Ausgang durch eine Hintertür ermöglicht werden, so dass er weder an wartenden Tierbesitzern noch an der weiteren Belegschaft vorbei muss (ROSENBERG, 1986; RANDOLPH, 1994).

In den Vorstellungen vieler Besitzer und einiger Autoren (z. B. SCHMIDT, 1999) wäre eine ideale Euthanasie diejenige, die in der gewohnten Umgebung, möglichst ganz ohne Anwesenheit des Tierarztes stattfindet. In Fällen, in denen sich der Tierarzt mit dem Klienten dennoch auf die Tierarztpraxis als Ort der Durchführung einigt, sollte besonderer Wert auf familiäre Umstände mit minimalen Störungen gelegt werden. Ein begrenztes Gefühl von Privatheit kann sich beim Besitzer dadurch einstellen, dass er, wie erwähnt, mit seinem bereits sedierten Tier für eine Weile allein gelassen wird. Vielfach kann der Tierarzt dem Klienten jedoch insoweit entgegenkommen, als dass er zur Durchführung der Euthanasie einen Hausbesuch vornimmt. Dazu wird dem Veterinär empfohlen, sich von einem erfahrenen Assistenten begleiten zu lassen. Ist ein Hausbesuch nicht durchführbar, kann der Behandelnde die Klienten an einen Kollegen in der Umgebung verweisen, der Hausbesuche vornimmt und dem man eine gefühlvolle Durchführung der Euthanasie zutraut. Zu bedenken bleibt bei der Euthanasie im häuslichen Umfeld des Besitzers, dass der Tierbesitzer unweigerlich an jedem Tag mit der Stelle konfrontiert wird, an der sein Tier gestorben ist. Diese Tatsache ermöglicht einerseits eine Integration des Todes in das Alltagsleben und kann dadurch einen günstigen Einfluss auf die Trauerarbeit haben. Andererseits bereuen einige Besitzer ihre Entscheidung zur Euthanasie des Tieres in ihrer gewohnten Umgebung, da ihnen die ständige Konfrontation mit dem Ort des Geschehens Probleme bereitet (HART et al., 1990; LEE, 1992; MILANI, 1995).

5.6.3 Beseitigung des Tierkörpers

ANTELYES (1981, zit. n. COOKE, 1988) hält es für eine der wichtigsten nicht-medizinischen Pflichten des Tierarztes, einem Klienten gemäß seinen Wünschen beim Ansehen oder Beseitigen der tierischen Überreste zu helfen. Um einem Besitzer möglichst schon vor Durchführung der Euthanasie bei der Entscheidung über den Verbleib des Tierkörpers behilflich sein zu können, muss der Tierarzt den Klienten über die verschiedenen Beseitigungsmöglichkeiten informieren können.

Rechtlich ist der Verbleib eines toten Tieres durch das Tierkörperbeseitigungsgesetz (TierKBG) vom 11.04.2001 geregelt. Es sieht grundsätzlich die Beseitigung in Tierkörperbeseitigungsanstalten vor, erlaubt aber Ausnahmen „für einzelne Körper von Hunden, Katzen, Ferkeln, Kaninchen, unter vier Wochen alten Schaf- und Ziegenlämmern sowie einzelne Körper von Geflügel oder in Tierhandlungen gehaltenen Kleintieren und Vögeln“. Körper der hier aufgezählten Tiere sind „auf geeigneten und von der zuständigen Behörde hierfür besonders zugelassenen Plätzen oder auf eigenem Gelände, jedoch nicht in Wasserschutzgebieten und nicht in unmittelbarer Nähe öffentlicher Wege und Plätze [zu] vergraben oder in dafür eigens zugelassenen Abfallbeseitigungsanlagen“ zu verbrennen. Beim Vergraben ist darauf zu achten, dass die Tierkörper „mit einer ausreichenden, mindestens 50 Zentimeter starken Erdschicht, gemessen vom Rande der Grube an, bedeckt sind“ (§ 5 S. 2 TierKBG).

In vielen Fällen belassen die Besitzer den Körper ihrer euthanasierten Vierbeiner in der Tierarztpraxis. Einige von ihnen wissen nicht, was mit

dem verstorbenen Tier passiert, wenn sie es dort zurücklassen oder beruhigen sich damit, dass es beim Fachmann wohl in guten Händen sein wird. Andere Klienten sind ernsthaft über den weiteren Verbleib des Tierkörpers besorgt und fragen sich beispielsweise, ob der Körper ihres geliebten Begleiters auf Umwegen in ihre Nahrungskette gelangen oder ob er in naher Zukunft in ihrer Seife enthalten sein kann. Fakt ist, dass die beim Tierarzt belassenen Tierkörper üblicherweise zunächst eingefroren und gesammelt an eine Tierkörperbeseitigungsanlage geliefert werden. Dort werden die Körper mit tierischen Abfällen etwa aus Schlachthöfen und Metzgereien vermengt, zerkleinert, erhitzt und weiteren Verarbeitungsprozessen unterworfen. Als Endprodukt entsteht unter anderem Tiermehl, das lange Zeit als Bestandteil von Viehfutter Verwendung fand. Im Rahmen der BSE-Prophylaxe wurde die Beimengung derartiger tierischer Proteine in die Futtermittel lebensmittelliefernder Nutztiere jedoch verboten (§ 1 Verfütterungsverbotsgesetz (VerfVerbG) vom 01.12.2000). Als Nebenprodukt entsteht in der Tierkörperbeseitigungsanlage Talg, dessen Fettsäuren für die Herstellung von Schmierfetten, Handcremes, Seifen, Shampoos und Spülungen, Kosmetikartikeln und Säuglingspflegeprodukten genutzt werden. Sofern ein Tierarzt also ehrlich auf eine Frage nach dem weiteren Verbleib eines Kliententieres antwortet, muss er mit Bestürzung und Wut des Besitzers rechnen (COOKE, 1988). Dennoch raten HART et al. (1990) und SCHMIDT (1999) dem Tierarzt von Geheimnistuerei ab. Sie empfehlen die direkte Mitteilung, dass die Überreste an eine Tierkörperverwertungsanlage gegeben werden.

Alternativ hierzu kann der Besitzer die Beseitigung seines Haustieres selbst in die Hand nehmen. Die persönliche Bestattung der tierischen Überreste sollte dem Klienten von Seiten des Tierarztes empfohlen werden, weil sie

dem Tierbesitzer ein würdevolles Abschiednehmen erlaubt und seinen Trauerprozess begünstigt. Je nach Vorliebe kann der Besitzer inzwischen auch hierzulande zwischen einem Begräbnis und einer Einäscherung seines Vierbeiners wählen. Entscheidet sich der Tierbesitzer für die Verbrennung des Tieres, so gelangt dessen Asche anders als die kremierten Überreste eines menschlichen Verstorbenen in den Besitz der Angehörigen, d. h. der früheren Tierhalter und muss nicht unbedingt beigesetzt werden. Entscheidet sich der Tierbesitzer für eine Beerdigung des nicht eingeäscherten Tierkörpers, gilt es, den Bestimmungen des Tierkörperbeseitigungsgesetzes gerecht zu werden. In Ballungsgebieten, in denen viele Tierhalter keinen Garten besitzen, bieten Tierfriedhöfe die Möglichkeit eines Begräbnisrituals, das nach FOX (1981, zit. n. COOKE, 1988) zur Selbstheilung vom Verlust des geliebten Wesens beiträgt und ein Symbol des Respektes und der Wertschätzung ihm gegenüber ist (COHEN & SAWYER, 1991; LAGONI & BUTLER, 1994; MILANI, 1995).

Das Anbieten von Särgen oder Urnen sowie das Empfehlen bestimmter Tierbestattungsinstitute oder Tierkrematorien scheint in den USA bereits zum Standard in einer Tierarztpraxis zu gehören. Unzweifelhaft sind preisgünstige Pappkartons oder -särge ästhetischer als eine Plastiktüte. Einige Tiersärge erlauben dem Klienten, dem Tierkörper bedeutsame Gegenstände beizufügen (HART et al., 1990).

COOKE (1988) empfiehlt Tierärzten eine Zusammenarbeit mit örtlichen Tierfriedhöfen und Tierbestattungsunternehmen, da den Praktikern auf diese Weise die Verantwortung für die Beseitigung abgenommen und ihnen die emotionale Bürde der Euthanasie erleichtert werden kann. So sollte es dem Tierarzt möglich sein, einem trauernden Tierbesitzer beispielsweise

Adressen und Informationsschriften von Tierfriedhöfen, -krematorien oder -bestattern auszuhändigen. EDNEY (1988b) hält es für wünschenswert, als Tierarzt einen praktikablen Kompromiss zu finden, der auf der einen Seite das starke Beziehungsband zwischen Mensch und Tier würdigt, auf der anderen Seite jedoch Exzesse vermeidet, wie sie seiner Auffassung nach oft in Reportagen aus Nordamerika zutage treten.

Beispiel einer neuartigen, nicht nur in Amerika beobachteten Variante, von seinem Tier Abschied zu nehmen, ist die virtuelle Tierbestattung im World Wide Web. Dort besteht die Möglichkeit, symbolisch einen Grabstein für sein Tier auszuwählen, eine Widmung zu verfassen, sich in ein Kondolenzbuch einzutragen oder ein Erinnerungsfoto des Vierbeiners zu platzieren (HESSISCHER RUNDFUNK, 2001).

5.6.4 Nachsorge

Obwohl es nicht die Aufgabe eines Tierarztes ist, als Sozialarbeiter zu fungieren, kann seine Unterstützung nach einer Tiereuthanasie von dessen Besitzer als sehr hilfreich und wohltuend empfunden werden. Dabei sollte sich der Mediziner nicht durch eigene Unsicherheiten oder unangenehme Gefühle von der Nachsorge abhalten lassen, da er für seinen Klienten oft in diesem Punkt die einzige Bezugsperson ist (FUKUI, 1994; WINIUS & EDENBURG, 1996). Es sollte Folgendes beachtet werden:

Während der gesamten Behandlung und auch nach dem Tod des Patiententieres sollte der Vierbeiner mit *Namen* angesprochen werden. Die *Karteikarte* des Patiententieres ist nach seiner Euthanasie auszusortieren.

Irrtümliche Anschreiben des Besitzers, etwa als Erinnerung für fällige Impftermine, werden so vermieden. Sofern eine Akte des Besitzers existiert, können in dieser kurz die jemals besessenen Tiere und die Umstände ihres Todes notiert werden. Auf diese Weise lässt sich Missverständnissen bei weiteren Konsultationen vorbeugen (FUKUI, 1994).

Neben der bereits erwähnten Ermutigung, bei der Euthanasie oder später zum Betrachten des Tieres anwesend zu sein oder seine Beseitigung selbst vorzunehmen, ist auch die Bekräftigung für den Trauerprozess des Besitzers hilfreich, sich rituell in Form einer *Feier oder Zeremonie* von seinem Tier zu verabschieden. Eine solches Ritual kann das Pflanzen eines Bäumchens, das Einrahmen eines Fotos, das Schreiben eines Gedichtes oder eine Spende im Namen des verstorbenen Tieres an eine Tierhilfsorganisation umfassen (HANCOCK & YATES, 1989).

Sofern die Kosten der Euthanasie nicht schon im Vorfeld beglichen wurden bleibt als weitere Möglichkeit die Zustellung der Rechnung per Post, sofern einige Wochen seit der Einschläferung verstrichen sind. Unbedingt sollte jedoch vermieden werden, die Abrechnung kombiniert mit einem Kondolenzschreiben zu versenden (LAGONI & BUTLER, 1994).

Während FOGLE (1981, zit. n. EDNEY, 1988b) der Ansicht ist, dass eine *Kondolenzbekundung* nicht für jeden Besitzer eine Verbesserung der Situation bewirkt, sind LAGONI & BUTLER (1994) der Ansicht, Kondolenzkarten oder -briefe sollten Standard sein. Sie können zum Ausdruck bringen, dass die Klienten ihr Möglichstes für das Wohlergehen ihres Tieres getan haben, dass die Entscheidung des Besitzers vom Tierarzt als richtig eingeschätzt wird und er als Fachmann für weitere Fragen zur

Verfügung steht. Gleichzeitig sollte ein solches Bekunden Sympathie, Dank für die Kundschaft und die Hoffnung auf weiteren Kontakt in der Zukunft übermitteln. Daneben kann die Kondolenz einen persönlichen Kommentar des Tierarztes über das verstorbene Tier beinhalten. Auch ist diese erneute Kontaktaufnahme geeignet, letzte Fragen des Besitzers zu beantworten oder Hinweise auf eine pathologische Trauer zu identifizieren. Als optimaler Moment für das Übermitteln des Mitgefühls wird der Tag nach der Euthanasie (FOGLE, 1981, zit. n. EDNEY, 1988b), wenige Tage später (WINIUS & EDENBURG, 1996) wie auch der Zeitraum 3-6 Wochen nach diesem Ereignis (SPRANG & MCNEIL, 1995) angegeben. WALTERS & TUPIN (1991) halten eine Kontaktaufnahme mit dem trauernden Besitzer innerhalb der ersten Woche und wiederholt etwa zwei Monate später für günstig. Sofern die Kondolenz schriftlich erfolgt, sollte sie nicht formell sondern persönlich abgefasst und von der gesamten Praxisbelegschaft unterschrieben sein (BUTLER & SHORT DEGRAFF, 1995). Blumen oder Hinweise auf weiterführende Literatur können beigelegt sein. Andere Autoren bevorzugen eine Beileidsbekundung per Telefon, da die Gesprächspartner auf diese Weise besser aufeinander eingehen können. So kann sich der Tierarzt versichern, dass ein Besitzer weiterführende Hilfe gefunden hat. Entsprechende Anrufe seien bevorzugt zu einer Tageszeit zu führen, zu der der Besitzer sein Tier am meisten vermisst und die größte Einsamkeit erlebt (THOMAS, 1982; WALTERS & TUPIN, 1991; WINIUS & EDENBURG, 1996).

Über die *Neuanschaffung eines Tieres*, besonders über den dazu optimalen Zeitpunkt, werden in der Literatur unterschiedliche Ansichten vertreten. Einige Tierbesitzer kommen über den Verlust eines Tieres nicht hinweg und lehnen die Aufnahme eines neuen Tieres in ihren Haushalt kategorisch

ab. Für viele Klienten scheint es jedoch hilfreich zu sein, wenn sie sich trotz der Euthanasie eines Tieres weiterhin als Tierhalter identifizieren können. Die Aufgabe des Tierarztes liegt darin, die diesbezügliche Gestimmtheit des ehemaligen Patientenbesitzers einzuschätzen und eventuell zur Neuanschaffung eines Tieres zu raten. Dabei sollte den Klienten bewusst gemacht werden, dass das neue Tier die Tradition des Haushaltes, Tiere zu besitzen, aufrecht erhält und kein Ersatz des verstorbenen Vierbeiners ist. Das Einführen eines neuen Tieres kann schon in der letzten Lebensphase des bisherigen Familientieres geschehen (siehe Kapitel 5.6.1). Einige Autoren empfehlen dem Tierarzt, einem Klienten unmittelbar nach dem Tod eines Tieres zunächst von der Anschaffung eines neuen Begleiters abzuraten. Andere Wissenschaftler berichten von deutlich größerem Erfolg bei der Tierversmittlung, wenn die neuen Besitzer gerade erst ein Tier verloren hatten. Als Ursache hierfür wird vermutet, dass erst kürzlich verwaiste Besitzer über eine höhere Motivation verfügen und sich noch besser auf das Verhalten eines Tieres einstellen können (LAGO & KOTCH-JANTZER; 1988).

Im *Gespräch* gilt es einen Mittelweg zu finden zwischen einer Banalisierung der Reaktionen des Besitzers und ihrer Überbeachtung. Beides ist für den Trauerprozess des Klienten eher hinderlich. Der Klient sollte spüren, dass der Tierarzt das Gewicht des Verlustes nicht unterschätzt, sondern anerkennt und mitfühlt. Da es sich bei der Trauer um ein Tier um eine stigmatisierte Trauer handelt, kann gerade hier die Berührung oder Umarmung des Klienten durch den Tierarzt Akzeptanz und Würdigung signalisieren. Als ideal empfinden SPRANG & MCNEIL (1995) eine empathische Haltung des Tierarztes, bei der im Gegensatz zur Sympathie verständnisvoll und objektiv mit einer Person gefühlt wird anstatt

diese subjektiv zu umgarnen und in ihr Konfliktmanagement einzugreifen. Neben einer kompletten medizinischen Information ist die Rückversicherung durch den Tierarzt wertvoll, dass der Tierbesitzer – sofern der Wahrheit entsprechend – nicht am Tod seines Tieres schuldig und seine Trauerreaktion wie etwa seine Wut nicht verrückt, sondern normal, ja sogar gesund ist. Jeder Klient braucht individuell verschieden ein gewisses Maß an Zeit um in seiner Trauer voranzuschreiten. Daneben kann der Mediziner den Klienten zur Aufnahme neuer Aktivitäten sowie zum Aufbau eines unterstützenden Netzwerkes innerhalb der Familie oder des Freundeskreises ermutigen. Dies wird dadurch erleichtert, dass der Tierarzt den weniger durch den Todesfall Betroffenen erklärt, was sie zur Unterstützung der am meisten involvierten Person tun können. Eine solche Aufklärung führt bei den Angehörigen zu einem besseren Verstehen der Situation, nimmt ihnen die Angst und ermöglicht eine offene Diskussion über das Thema. Einem konspirativen Schweigen aus Unsicherheit wird vorgebeugt. Um einem trauernden Tierbesitzer Kommunikationsstrategien mit auf den Weg zu geben, empfiehlt AIKEN (1991) dem Praktiker, den Klienten mindestens fünf positive Aspekte seiner Beziehung zu dem verstorbenen Tier auflisten oder die Frage beantworten zu lassen, wie sich der Trauernde verhalten wird, wenn andere von dem Vorfall erfahren.

Unbedingt zu vermeiden sind Vorschriften, Kritik und Phrasen, die darauf abzielen, dass das Objekt der Trauer lediglich ein Tier ist, das weitere Tiere angeschafft werden können, und dass die Zeit angeblich alle Wunden heilt. Stattdessen tut ein Tierarzt gut daran, in ruhiger Zurückhaltung zuzuhören, gleichzeitig aber auch flexibel und sicher aufzutreten (DRESSLER, 1973; QUACKENBUSH, 1985; MCKIERNAN, 1996).

In einigen Fällen haben Patientenbesitzer das Bedürfnis, sich mehrfach nach einer Tiereuthanasie mit einem Fachmann zu besprechen, um ihre Ängste und Sorgen zu verarbeiten. Hier ist es Aufgabe des Tierarztes zu entscheiden, ob er den Klienten in schweren Zeiten – etwa Geburts- oder Jahrestage – weiterhin unterstützend zur Seite stehen will, oder ob die Überweisung an einen Spezialisten angebracht ist (AIKEN, 1991). Während ein Tierarzt dem Klienten durch seine Trauerberatung zu einer unkomplizierten und normalen Trauer verhilft, bezieht sich die Trauertherapie psychologisch geschulter Fachleute auf spezialisierte Techniken, die den Tierbesitzer bei unnormalen oder komplizierten Trauerreaktionen unterstützen (WORDEN, 1982/1991, zit. n. MCKIERNAN, 1996).

In der US-amerikanischen Literatur ist von einer *Überweisung* trauernder Tierbesitzer an Psychologen, professionelle Trauerberater, Geistliche, Sozialarbeiter, Selbsthilfegruppen oder Krisen-Hotlines die Rede. Die Fachleute seien dazu qualifiziert, Informationen über den Trauerprozess zu geben, das Äußern von Gefühlen zu ermöglichen und zu ermutigen, das Trauern zu legitimieren, bei der Reorganisation des Alltags zu helfen, biografische Besonderheiten aufzudecken sowie ein eventuell vorhandenes Letalitätspotential des Klienten einzuschätzen. Obwohl die Mehrzahl, besonders der älteren Trauernden, keine spezifische Intervention wünscht oder in Anspruch nimmt, kann bei einigen Menschen ein angemessenes Einschreiten den Trauerprozess erleichtern oder beschleunigen. Selbstverständlich sollte die Überweisung von Tierbesitzern sein, bei denen der Tierarzt als oft einzige Vertrauensperson im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie Anzeichen schwerer Depression oder gar suizidaler Neigung feststellt. In diesen Fällen ist es für den Veterinär ratsam, mit einem psychologisch geschulten Fachmann direkt Kontakt aufzunehmen

oder sich zu versichern, dass das empfohlene Hilfsangebot vom Klienten angenommen wurde. Als günstig wird der Aufbau eines interdisziplinären Netzwerkes beschrieben, bei dem Tierärzte Informationen über die Beziehung zwischen Klient und Tier liefern und die Fachleute für seelische Gesundheit das psychische Gleichgewicht der Klienten stärken können. Zumindest sollte ein Tierarzt Adressen von Menschen weitergeben können, die die Aufgabe eines Trauerbegleiters übernehmen können und um die Tiefe einer Mensch-Tier-Beziehung wissen (ODENDAAL et al., 1989; DAVIES, 1996; WINIUS & EDENBURG, 1996). Inzwischen besteht hierzulande die Möglichkeit, einen entsprechenden Gesprächspartner auch über eine gewerbliche Tier-Tod-Telefonhilfe zu kontaktieren (HESSISCHER RUNDFUNK, 2001).

Mehrere Autoren berichten über die positiven Auswirkungen, die eine Festanstellung eines *Sozialarbeiters*^{*)} in einer Tierklinik oder Praxisgemeinschaft haben kann. Ein solcher Fachmann könne sowohl Klienten als auch der Belegschaft helfen, mit schwierigen Situationen wie etwa der Euthanasie von Tieren fertig zu werden. Das Praxisteam kann durch einen Sozialarbeiter insofern unterstützt werden, als er ihm in qualifizierter Weise die Sorge um schwierige Klienten in ebensolchen Situationen abnimmt. Außerdem ist er in der Lage, das Personal im Umgang mit kritischen Fällen und Trauersituationen zu trainieren und nachbereitende Gespräche anzubieten. Für die Patientenbesitzer ist ein vom Tierarzt eingeführter Sozialarbeiter in anderer Weise hilfreich. Er kann das Eis

*) Der besseren Lesbarkeit halber werden die männlichen Formen benutzt. Weibliche Personen sind mit eingeschlossen.

brechen, beim Treffen einer Entscheidung helfen, Beistand leisten, zuhören zuhören, zum Ausdrücken der Gefühle ermutigen, Trost spenden, die Auswahl an Bewältigungsstrategien vergrößern, zwischen Klient und Tierarzt vermitteln, krisenorientierte Beratungsgespräche anbieten, zum Aufbau eines sozialen Umfeldes ermutigen, Gleichgesinnte in Gruppen zusammenführen sowie Informationsbroschüren und Workshops zu bestimmten Themen anbieten. Viele Autoren sind der Ansicht, dass die Investition der Tierarztpraxis in einen Sozialarbeiter durch größere Zufriedenheit beim Klienten und beim Personal gelohnt werde. Diese erhöhte Zufriedenheit spiegele sich in einem verminderten Burnout der Mitarbeiter und einer Vergrößerung der Klientel wieder. Voraussetzung sei lediglich, dass der Tierarzt sowohl der Person als auch dem Prozess traue (COHEN, 1985; KOTCH-JANTZER & QUACKENBUSH, 1988).

NETTING et al. (1988) vertreten die Auffassung, dass der Wert des *Klerus* für das Ereignis des Tierverlustes bisher übersehen wurde. Unabhängig vom Objekt der Trauer seien Geistliche optimal für die Betreuung der Trauernden qualifiziert. Es bedürfe weder einer Gleichstellung von menschlichem und tierischem Leben noch einer Liebe zum Tier um wahrzunehmen, dass ein Besitzer während der Krankheit seines Tieres leidet. Nach Meinung der Autoren reagieren einige Menschen besser auf einen Geistlichen als auf einen Sozialarbeiter oder Psychologen, wenn sie mit Trauer konfrontiert sind. In der Zusammenarbeit können Tierarzt und örtlicher Geistlicher^{*)} Möglichkeiten für den Verbleib eines Tieres erarbeiten, dessen Besitzer stirbt oder in ein Heim umsiedeln muss. Des Weiteren könne ein Mitglied des Klerus das Praxisteam durch seine Erfahrungen mit Personen in Krisensituationen bereichern.

LAGO & KOTCH-JANTZER (1988) berichten über den Erfolg einer von Sponsoren getragenen *Organisation*, die sich der Vermittlung von Tieren an frisch verwaiste Tierbesitzer verschrieben hat. Die Sponsoren selbst werden außerdem dazu herangezogen, Tierarztbesuche der vermittelten Tiere zu begleiten und den Besitzern im Falle der Euthanasie ihres Tieres mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

5.6.5 Der Umgang mit Kindern im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie

Viele Erwachsene unternehmen Anstrengungen, Kinder vom Sterbeprozess zu isolieren und sie von der Teilnahme an Bestattungsriten auszuschließen. Oft ist die Einstellung von Kindern gegenüber dem Tod jedoch viel weniger von Angst geprägt als die der Erwachsenen. Aus diesem Grund sind zahlreiche Wissenschaftler der Ansicht, dass es Kindern – sofern sie es wünschen – bei Anwesenheit ihrer Eltern erlaubt sein sollte, einer Tiereuthanasie beizuwohnen, das tote Tier noch einmal zu betrachten oder auch zu berühren und Abschiedsrituale zu veranstalten (BUSCH, 1995; GRÜNING, 1999; SCHMIDT, 1999). Während einer Sitzung im Vorfeld der Tiereuthanasie sollte das Kind in altersgemäßer Sprache und ohne Beschönigungen auf das vorbereitet werden, was es dabei erwartet. Fragen des Kindes sind ehrlich zu beantworten. Es ist sinnvoll zu betonen, dass das Tier an einer *schweren* Krankheit leidet, um beim Kind keine Furcht vor einer eigenen Erkrankung zu wecken. (LAGONI & BUTLER, 1994, STEINEKE, 1997; VENNEBUSCH, 1998).

5.7 Bedeutung der Tiereuthanasie für das Praxisteam

Die Tierarzthelferin ist in der Regel die erste Person, die mit dem Klienten umgehen muss und die realisiert, dass ein Tier ernsthaft erkrankt ist. Sie ist diejenige, die telefonische Anfragen zur Euthanasie entgegennimmt und Laborarbeiten erledigt, bei denen unter Umständen eine lebensbedrohliche Erkrankung des Patienten festgestellt wird. Oft sehen sich Tierarzthelferinnen in einem Konflikt. Ihre Vorstellung war es, einen Beruf ausüben, in dem lebenden Tieren durch intensives Bemühen geholfen wird. Stattdessen finden sie sich nicht selten dabei wieder, wie sie bei der Tötung eines Tieres assistieren. Während der Tierarzt mit den akuten Belangen einer Euthanasie umgehen muss, ist die Helferin oft eher Ansprechpartner für emotional reagierende Besitzer.

Durch die Sympathie für einen geschätzten Klienten, das Mitgefühl mit dem Tier und die infauste Prognose für sein Leben wird ein Wechselbad der Gefühle erzeugt, das zum allgemeinen Berufsstress in entscheidender Weise beiträgt. Als besonders belastend werden Euthanasien empfunden, wenn das betreffende Tier bei genügend ideellem und finanziellem Engagement zu therapieren wäre oder gar nicht erkrankt ist. War die Lebenserhaltung des Patienten in der letzten Phase mit großem Zeitaufwand und großer Mühe verbunden, fällt die Euthanasie ebenfalls sehr schwer, da sie in diesem Zusammenhang oft als persönliches Versagen von den Mitarbeitern gesehen wird. Auch bei sehr unbefangenen und zutraulichen Vierbeinern ist das Widerstreben groß, sie zu töten. Am leichtesten scheinen Behandelnde mit einer Tiereuthanasie fertig zu werden, wenn es sich um ein altes, krankes, verletztes oder gefährliches Tier handelt.

Das häufige Euthanasieren wird von zahlreichen Autoren als ein Hauptgrund für Burnout in der Kleintierpraxis angegeben. Stellt man den Beschäftigten innerhalb eines Praxisteam frei, wer einer Euthanasie beizuhelfen, erklären sich erstaunlicherweise mit großer Wahrscheinlichkeit gerade die Helferinnen dazu bereit, die sich des Ernstes des Vorganges bewusst sind und dazu über eine hohe Motivation verfügen. Besonders für diese Mitarbeiterinnen ist die Diskrepanz zwischen Berufsideal und -wirklichkeit sehr groß und steigert das Frustrationspotential erheblich (KOSKI, 1988; FARRELL, 1989; ARLUKE, 1991; WHITE & SHAWHAN, 1996).

5.7.1 Stress und Bewältigungsstrategien des Praxisteam

Im Zusammenhang mit der Belastung, die sich für viele Menschen aus dem beruflichen Euthanasieren von Tieren ergibt, prägte ROLLIN (1988) den Begriff des moralischen Stresses. Seine Ursache sieht der Autor in einer von den Euthanasierenden empfundenen Diskrepanz zwischen Ideal und Realität, die besonders dann zu Tage tritt, wenn ein Vierbeiner aus solchen Gründen zur Tötung ansteht, die nicht direkt zum Wohle des Tieres sind. Medizinisch betrachtet führt Langzeitstress zu einer vermehrten ACTH- und Glucocorticoidausschüttung, während die Aktivierung des Sympathico-adrenergen-Systems eine Reaktion auf Kurzzeitstress darstellt. Andere Konzepte vom Stress werden auf ein physisches, mentales oder emotionales Unwohlsein des Menschen in bestimmten Situationen zurückgeführt.

Kein Lebensbereich bleibt von den Auswirkungen des Stresses unberührt. Als körperliche Stresssymptome, die im Zusammenhang mit dem

Euthanasieren von Tieren stehen, werden Schlaflosigkeit, Ess- und Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen; Schwindelgefühle, Bluthochdruck und kardiovaskuläre Probleme, Allergien, Magengeschwüre, Nervenzusammenbrüche sowie Suchtprobleme bzw. ihre Verstärkung beschrieben. Psychische Auswirkungen der Belastung durch die Assistenz bei Tiereuthanasien sind Missstimmungen, Weinen, Gefühle der Überlastung, des Aufgewühlt- oder Beschämtseins, des Zornes auf die Tierbesitzer aber auch der emotionalen Leere. Depressionen treffen nach Aussage von MILANI (1995) vor allem Berufsanfänger. Während zahlreiche Autoren das Auftreten von Schuldgefühlen bei den mit einer Euthanasie betrauten Personen beschreiben, ist SCHNEIDER (1996) der Ansicht, dass von den Betroffenen keine oder wenig Schuld empfunden wird, sondern eher ein ausgeprägtes Mitgefühl oder Mitleid. Des Weiteren entwickeln sich ein negatives Selbstbild, Beziehungsprobleme mit anderen Menschen, Alpträume und Wut, die meist gegen die Tierbesitzer gerichtet ist (ANTELYES, 1973a; SZITA, 1988; BRACKENRIDGE & SHOEMAKER, 1996; SCHNEIDER, 1996).

Der moralische Stress unterscheidet sich qualitativ von jeder anderen Form körperlichen oder psychischen Stresses. Aus diesem Grund können nach Ansicht von ROLLIN (1988) die üblichen Techniken der Stressbewältigung nicht wirklich bei der Verarbeitung dieser Belastung helfen. Trotzdem entwickeln viele so gestresste Personen bewusst oder unbewusst bestimmte Mechanismen, um mit der Belastung besser fertig zu werden.

Einen *uneffektiven Bewältigungsversuch* stellt der Rückzug und das Schweigen dar. Es ermöglicht weder ein emotionales Wachstum noch ein Verständnis der Ereignisse, die den Tod umgeben. Weitere ungünstige

Bestrebungen im Umgang mit dem Euthanasiestress sind das Rationalisieren, Verdrängen, Ignorieren und Abblocken, das Rechtfertigen durch Vergleiche mit anderen zerstörenden Alternativen (Missbrauch, Vernachlässigung, unfachmännisches Töten), Verschieben des moralischen Verantwortungsgefühls auf den Tierbesitzer oder die Gesellschaft, Geheimhaltung der genauen Tätigkeit vor privaten Bekannten, schwarzer Humor, die Übertragung der Frustration auf die Familie oder auf Freunde sowie vermehrte körperliche Betätigung. Einige Mitarbeiter drücken ihre Erschöpfung dadurch aus, dass sie die Verantwortung auf Kollegen abwälzen. Der Blick- und Körperkontakt zum euthanasierenden Tier wird weitgehend vermieden. Einige Beschäftigte unterlassen die Anschaffung eines eigenen Tieres, weil sein Anblick Schuldgefühle und Selbstvorwürfe in ihnen wecken könnte.

Als *effektiver Bewältigungsversuch* im Zusammenhang mit der Tiereuthanasie wird der Aufbau eines starken emotionalen Bandes zu weiteren Teammitgliedern genannt, so dass gegenseitige Besprechung und Unterstützung wie in einer Familie möglich ist. Einige Pflegepersonen bemühen sich, das einzuschläfernde Tier bei seinem Namen zu nennen und einen besonders intensiven, beruhigenden Umgang mit ihm zu suchen. Gelegentlich vermitteln sie Tiere, an denen ohne Vorliegen einer akuten Erkrankung eine Euthanasie vorgenommen werden soll, an neue Besitzer oder nehmen sie selbst als Haustiere bei sich auf. Die „Retter“ dieser Vierbeiner kümmern sich in ihrer Freizeit quasi kompensatorisch besonders ausgiebig um diese Tiere, die von ARLUKE (1991) als „Maskottchen“ bezeichnet werden (WHITE & SHAWHAN, 1996).

Nicht nur die Besitzer eines zu euthanasierenden Tieres, sondern alle, die mit seinem Sterben konfrontiert sind, bedürfen einer speziellen Aufmerksamkeit und Pflege. Erst wenn dem Praxisteam selbst die Möglichkeit zu trauern eingeräumt wird, kann es auch den Patientenbesitzern bei ihrem Trauerprozess in angemessener Weise zur Seite stehen. Die Stimmung im Zusammenhang mit der Euthanasiesituation sowie die Art und Weise des Umgangs miteinander prägen sich vielen Tierbesitzern besonders ein. Neben der Entwicklung einer persönlichen Haltung zum Sterben und Tod ist das Angebot von Unterstützungsmechanismen für die Behandelnden von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Sind die Helferinnen in der Lage, die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse ihrer Patienten und der zugehörigen Besitzer zu treffen, stellt sich unter Umständen sogar ein Gefühl des Stolzes und der Zufriedenheit ein. Auf diese Weise kann die Sorge für sterbende Patienten und ihre Angehörigen eine wachsende und lohnende Erfahrung für die mit der Pflege Betrauten sein (YOULL, 1989).

5.7.2 Verantwortung des Tierarztes für seine Mitarbeiter

Nach ALSTINE (1982) trägt der Tierarzt dafür Verantwortung, eine Atmosphäre zu schaffen, die der Psyche sowohl seiner Klienten wie auch seines Personals nicht abträglich ist. Ein Praxisteam muss in gleichem Maße darauf vorbereitet sein, Leben zu erhalten wie für die Trauernden zu sorgen. Grundsätzlich sollte er durch eine realistische eigene Arbeitsperspektive vorleben, dass Erfolg nicht alleine als Heilung definiert werden kann und ein Rückfall oder der Tod nicht immer Versagen bedeutet. Auch in der konkreten Situation des Einschläferns hat der Praktiker Vorbildfunktion. Er sollte sich bewusst sein, dass sich die Helferinnen bezüglich

ihrer Sensibilität und Emotionalität an ihm als Fachmann orientieren. Als verständnisvoller Arbeitgeber erkennt der Tierarzt die Anzeichen des Stresses bei seinen Mitarbeitern. Daneben kann er sich um ein unterstützendes Netzwerk für das gesamte Praxisteam bemühen, das zumindest zeitweilig professionelle Hilfe zur Aufrechterhaltung der mentalen Gesundheit einbezieht (MC CARTHY, 1991; LAGONI & BUTLER, 1994). Konkret wird dem Tierarzt empfohlen:

- durch *Information* der Tierbesitzer dazu beitragen, dass die Gesellschaft auf das Problem der Überpopulation durch eine Vielzahl unerwünschter Tiere aufmerksam wird (WHITE & SHAWHAN, 1996);
- bei bestehender Zusammenarbeit mit einem Tierheim oder auch innerhalb der eigenen Tierarztpraxis dafür sorgen, dass alle am Einschläfern Beteiligten volle Kenntnis über die *technischen Aspekte* der Euthanasie erhalten (WHITE & SHAWHAN, 1996);
- aufgrund der *Vorbildfunktion* für das Praxisteam versuchen, einem wütenden Patientenbesitzer ruhig und besonnen gegenüber zu treten und seinen Ärger nicht persönlich zu nehmen (LAGONI et al., 1994);
- einen Mitarbeiter als *Verantwortlichen* für alle Belange im Zusammenhang mit dem Euthanasieren bestimmen (COHEN & SAWYER, 1991) oder aber alle Mitarbeiter rotierend zur Assistenz verpflichten (AVMA, 1995);
- eine *Richtlinie* erstellen, die den Umgang mit Klienten in Euthanasiesituationen regelt (ALSTINE, 1982);
- *junge Mitarbeiterinnen* behutsam in das Ausüben der Euthanasie einführen. Erst nachdem die Neueinsteiger erfahrenen Kollegen mehrfach bei der Arbeit zugesehen und dann ihre Bereitschaft signalisiert haben, sollten sie zur Assistenz bei der Euthanasie eines zuvor anästhesierten Tieres herangezogen werden. Assistieren meint zunächst, das Tier in den Raum zur Euthanasie führen und es während der Injektion zu halten. Durch eine zunächst starke Betonung der technischen Aspekte des Vorganges können die emotionalen Zusammenhänge vorläufig im Hintergrund bleiben. Wenn ein unerfahrenes Mitglied des Pflorgeteams direkt in die Sorge um einen sterbenden Patienten und seine Angehörigen involviert ist, sollte ein

erfahreneres Mitglied des Pflegestabes erreichbar sein, um bei Bedarf Unterstützung und Rat zu geben. Es ist wünschenswert, dass letztlich alle Mitarbeiter erfahren, dass die Tiereuthanasie ein humaner Akt ist, auf den man bei korrektem Vollzug stolz sein kann. Auch kann das erstmalige Einschläfern eines Tieres als Ritual verstanden werden, das für einen Neuling die Aufnahme in das Praxisteam bedeutet (FARRELL, 1989);

- keine Helferin zur Teilnahme an einer Euthanasie zwingen, sofern sie eine *besondere Beziehung* zu dem betreffenden Tier oder seinem Halter hat (ARLUKE, 1991);
- *Zeichen gravierenden Stresses* bei einem Teammitglied erkennen und diesem nach Möglichkeit eine kurze Auszeit gewähren. Sofern bemerkt wird, dass ein Mitarbeiter zu sehr unter der emotionalen Bürde leidet, kann der Tierarzt ihm nahelegen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen oder einen anderen Beruf auszuüben (MC CARTHY, 1991);
- *regelmäßige Treffen* aller Mitarbeiter initiieren und zu einem offenen Gedankenaustausch ermutigen. Die Kommunikation in einem geschützten Raum bietet die Möglichkeit, sich sowohl über die technischen wie auch die menschlichen Aspekte der Tiereuthanasie auszutauschen. Die Teammitglieder können ihren Gefühlen Luft machen, Ideen vorbringen und Erfahrungen weitergeben. Für viele Personen ist es erleichternd zu sehen, dass andere Menschen möglicherweise sehr ähnlich denken und fühlen. Das empfundene Verständnis erleichtert den Stress, fördert den Teamgeist und führt zu einem höheren Maß an beruflicher Zufriedenheit. Wut kann in positive Bahnen gelenkt werden. Während nachbereitende Gespräche ein Euthanasiegeschehen reflektieren und zur Bewältigung beitragen, können vorbereitende Treffen dazu dienen, die Methode zu durchdenken und den Vorgang optimal auf den Patienten und seinen Besitzer abzustimmen. Oft fällt ein Äußern persönlicher, trauriger Gefühle oder das Benennen von Konflikten nicht leicht. COHEN & SAWYER (1991) stehen jedoch auf dem Standpunkt, dass ein fehlender Gedankenaustausch schmerzhafter sein kann als ein offenes Ausdrücken der Sorge. Vielfach wird empfohlen, geübte und erfahrene professionelle Berater bei solchen formellen wie informellen Treffen zumindest von Zeit zu Zeit hinzuzuziehen. Sie sind mit der Begleitung und Supervision von Gruppen vertraut. Im Gespräch aber auch mit Hilfe spezieller Medien oder im Rahmen eines Workshops können sie den offenen Gedankenaustausch erleichtern und Methoden des Stressmanagements vermitteln (LAGONI et al., 1989).

5.8 Bedeutung der Tiereuthanasie für den Tierarzt

Da die Geburten von Haustieren meistens problemlos und daher ohne tierärztliche Hilfe stattfinden, müssen sich Praktiker eher mit dem Lebensende der Vierbeiner befassen als mit ihrem Lebensbeginn. Viele Veterinärmediziner sagen aus, das Schlimmste in ihrer ansonsten erfreulichen Arbeit sei das Euthanasieren von Tieren. Nicht nur für die jeweiligen Tierbesitzer und die Praxismitarbeiter sondern auch für einen Tierarzt, der wiederholt mit der Beendigung eines Tierlebens konfrontiert wird, kann das Einschläfern eine extreme mentale, physische und emotionale Anstrengung bedeuten. Unabhängig von dem damit verbundenen moralischen Stress (ROLLIN, 1988) hält es BASCOM (1984) durchaus für lohnend, die letzte Phase im Leben eines Patienten mit diesem zu teilen. Durch den uneigennützigen Dienst könne sich der Mediziner versichern, dass er für wohlütiges Verhalten ansprechbar ist. Darüber hinaus sei er in der Interaktion mit einem sterbenden Individuum nicht nur Gebender, sondern auch Empfangender. Vielfach hängt vom Verhalten des Tierarztes in einer Euthanasiesituation ab, ob seine Verbindung zum Klienten bestehen bleibt, sich eventuell sogar vertieft, oder ob sie abreißt (ALSTINE, 1982; ANTELYES, 1990; BRACKENRIDGE & SHOEMAKER, 1996).

Der Stress, dem ein Praktiker im Zusammenhang mit dem Euthanasieren von Tieren ausgesetzt ist, wird durch verschiedene Faktoren begründet: Zum einen kann der Tod beim Tierarzt wie bei den meisten Menschen im westlichen Kulturkreis eigene, tief sitzende *Ängste* auslösen (EDNEY, 1988b). Zum anderen befindet sich ein Praktiker, von dem die Euthanasie eines Tieres erwartet wird, ähnlich wie seine Helferinnen (siehe Kapitel 5.7) oft in einem *Rollenkonflikt*. Nach Angaben von ROLLIN (1988) wählen

75-85 % der Tierärzte ihren Beruf, weil sie die Situation von Tieren verbessern wollen. Sie sehen ihre Aufgabe in der Heilung von Krankheiten und der Erhaltung von Leben, finden sich in der Realität aber oft beim Töten von Vierbeinern wieder. Als besonders belastend wird dies in Fällen erlebt, in denen der Tierbesitzer die Euthanasie seines Tieres fordert, obwohl es gesund oder seine Erkrankung behandelbar ist. Um eine „Do-it-yourself-Euthanasie“ (ROLLIN, 1988), ein Aussetzen des Tieres durch seinen Besitzer oder auch ein Abwandern des Klienten zu einem anderen Kollegen zu verhindern, sehen sich Tierärzte nicht selten gezwungen, ein Tier gegen ihre persönliche Überzeugung zu euthanasieren. Hinzu kommt, dass die meisten Praktiker in den erwähnten Situationen ihre Wut und moralische Entrüstung gegenüber den Tierbesitzern unterdrücken. So kann ein Tierarzt unter enormen emotionalen Druck geraten. Der Zwiespalt zwischen Ideal und Wirklichkeit stellt einen persönlichen und professionellen Konflikt des Tierarztes dar und sorgt für eine konstante unausweichliche und zuweilen unerträgliche Quelle des Stresses (siehe auch Kapitel 5.1 und 5.8.1) (STEWART, 1988; SHRUM, 1994).

Ein weiterer schwieriger Punkt ist die *Haltung des Tierarztes einem Tier gegenüber*. Gerade Haustiere sind nicht eindeutig zwischen den Bereichen von Personen und Nicht-Personen anzusiedeln. Anders als in der Humanmedizin ist es in der Veterinärmedizin dem Patienten nicht begreiflich zu machen, warum ihm etwa Schmerzen zugefügt werden. Hieraus ergibt sich eine Belastung für den Tierarzt als denjenigen, der dem Tier Unbehagen erzeugt. Obwohl die letzte Entscheidung über eine Euthanasie beim Tierbesitzer liegen sollte, ist der Tierarzt oft beim Abwägen der Möglichkeiten zugegen und hat gewöhnlich entscheidenden Einfluss auf den Entschluss. Hinzu kommt, dass das Euthanasieren nach

Ansicht von BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) ein gewisses Maß an Aggressivität erfordert, nicht nur in Fällen, in denen sich der Patient heftig zur Wehr setzt. Die Position einer für den mehr oder weniger gewaltsamen Tod des Tieres verantwortlichen Autorität kann emotional sehr schwierig sein. MILANI (1995) schätzt die Verarbeitung eines Tiertodes für einen Nutztierpraktiker weniger kompliziert ein als für einen Kleintierpraktiker. Die Haltung gegenüber dem Tier sei bei Besitzern von Nutztieren aufgrund der wirtschaftlichen Orientierung weniger emotional. Ebensolches gelte für die Einstellung des Tierarztes zu Nutztieren, da auch er ein ökonomisches Interesse verfolge. Diese weniger emotionale Haltung sowie die im Nutztierbereich größere Bereitschaft zur Obduktion erleichtere dem Praktiker die gefühlsmäßige Bewältigung der Nutztiereuthanasie. Andere Autoren sehen gerade den Nutztierarzt in einem besonders belastenden Zwiespalt zwischen der Ökonomie und dem Schutz des tierischen Lebens (ROSENBERG, 1986; SCHNEIDER, 1996).

Des Weiteren spielt die *Tierart* eine nicht zu unterschätzende Rolle. LAWRENCE (1992) hält vor allem die Euthanasie von Pferden für äußerst schmerzhaft und aufwühlend, da der Mensch keine andere Spezies mit einem vergleichbaren Maß an Kraft, Lebendigkeit und Energie assoziiert.

Belastender jedoch als die Verantwortung für das Tier wird von nicht wenigen Tierärzten der *Umgang mit dem Klientel* erlebt. Die Einfühlung in den Patientenbesitzer erfordert ein großes Maß an Energie. Viele Praktiker fühlen sich unwohl, wenn der Klient emotional auf eine schlechte Prognose oder den bereits eingetretenen Tod des Tieres reagiert. Leicht entsteht beim Tierarzt der Eindruck, für die Trauer des Klienten verantwortlich zu sein. Eine große Vertrautheit zwischen Tierarzt und Patientenbesitzer, die z. B.

von einer beidseitigen, lange dauernden und intensiven Bemühung um das Tier herrührt, wird sowohl als erfreulich wie auch als zusätzlich belastend für den Tierarzt beschrieben (AVMA, 1995; MILANI, 1995; WHITE & SHAWHAN, 1996).

Uneinigkeit herrscht darüber, welche *Klinik- oder Praxisgröße* sich für einen euthanasierenden Tierarzt als be- oder entlastend erweist. EDNEY (1988a) vermutet ein höheres Ausmaß des Stresspotentials in größeren, belebten Kliniken aufgrund des Mangels an Privatsphäre. HART et al. (1990) hält Tierärzte in kleineren Praxen für besonders verletzlich, weil es ihnen an Unterstützung und Rückversicherung durch Kollegen mit ähnlichen Erfahrungen mangelt.

Die *Konversation mit Freunden, Familienmitgliedern oder auch Kollegen* über besonders einprägsame Situationen im Zusammenhang mit der Euthanasie wird von vielen Tierärzten vermieden. Sie wollen niemanden mit dieser für viele Menschen befremdlichen Thematik belästigen und versuchen, allein damit fertig zu werden. Auf diese Weise kann keine Erleichterung durch eine Verbalisierung stattfinden (ROLLIN, 1988).

Letztlich kann auch ein *ungelöster Ärger oder Konflikt im Privatbereich* eine Bewältigung beruflicher Belastungssituationen stören und den Stress potenzieren (ANTELYES, 1973a).

Die *jährliche Anzahl von Todesfällen* in Notfallsituationen scheint zumindest im humanmedizinischen Bereich nicht mit dem dadurch erzeugten emotionalen Stress der Ärzte zu korrelieren. Dagegen besteht bei erwarteten Todesfällen ein umgekehrter Zusammenhang zwischen ihrer

Anzahl und der dadurch entstehenden Belastung für den behandelnden Mediziner. So ist die emotionale Bürde durch das Versterben eines Patienten für einen Arzt dann besonders hoch, wenn der Tod abzusehen war und der Arzt nur wenige solcher Fälle begleitet (WALTERS & TUPIN, 1991).

5.8.1 Stress und Bewältigungsstrategien des Tierarztes

Die Stresssymptome des Tierarztes, die in engem Zusammenhang mit dem Einschläfern von Tieren stehen, entsprechen denen, die das gesamte Praxisteam betreffen und in Kapitel 5.7.1 näher beschrieben sind. Speziell beim Tierarzt ist jedoch zusätzlich das Gefühl des Versagens ausgeprägt. Mit dem Eindruck der eigenen Unzulänglichkeit entwickelt sich bei vielen Veterinären der berufliche Burnout, der in verschiedenen nach außen sichtbaren Verhaltensweisen Ausdruck finden kann.

Uneffektive Bewältigungsversuche gehen dem Ausgebranntsein voraus. Dazu gehört die Vermeidung einer emotionalen Involvierung, eine Distanzierung vom trauernden Klientel aber auch eine Hinwendung zum Tier. Daneben werden ein Selbstverständnis des Praktikers als „Diener der Öffentlichkeit“ und Zynismus beschrieben. Mit letzterem versucht der Tierarzt seiner Frustration Luft zu machen. Opfer des verletzenden Spottes sind vor allem Unterlegene wie Klienten, Tierarzhelferinnen und manchmal auch Familienmitglieder des Praktikers. Auf diese Weise kann der Stress des Tierarztes zur Zerstörung des beruflichen und privaten Friedens beitragen (BASCOM, 1984).

Effektive Bewältigungsversuche des Tierarztes beziehen sich auf seine Selbstkompetenz sowie auf seinen Umgang mit dem Praxisteam und mit Klienten. Sie werden vor allem in der britischen und US-amerikanischen Literatur beschrieben und finden im folgenden Kapitel nähere Betrachtung.

5.8.2 Verantwortung des Tierarztes für sich selbst - im Umgang mit den Klienten

In Kapitel 5.6 waren dem Tierarzt bestimmte Verhaltensweisen angeraten worden, die nach Ansicht vieler Autoren einen positiven Einfluss auf die Klientenzufriedenheit haben. Entsprechend der Harmonie innerhalb des Praxisteams wirkt sich auch die Zufriedenheit des Tierhalters auf das Wohlbefinden des Praktikers aus.

Ergänzend soll nun betrachtet werden, welche günstigen Auswirkungen ein offenes Ausdrücken von Emotionen von Seiten des Praktikers haben kann, das nach ANTELYES (1972) als *kongruentes Verhalten* bezeichnet wird. Ein Tierarzt soll seine Ich-Identität bewahren (LÖWISCH, 2000) und sich authentisch verhalten, so dass es seiner innersten Überzeugung und Gestimmtheit entspricht, z. B. höflich und verständnisvoll, wenn er gerufen wird, aber ehrlich entrüstet und ärgerlich, wenn die Situation tatsächlich solche Gefühle hervorruft. Zum einen baut das Ausdrücken von Gefühlen Stresshormone ab und beugt einer Depression vor. Zum anderen kann ein Unterdrücken heftiger Emotionen zu unverantwortlichen Überreaktionen zu meist unpassender Zeit führen. Nach Meinung des Autors kann kongruentes Verhalten einem Tierarzt dazu verhelfen, professionellen Selbstrespekt zu entwickeln, der wiederum den Respekt von seiten der

Klienten verbessert. SHRUM (1994) äußert, dass sowohl Praxistätigkeit als auch Privatleben ungemein an Qualität gewinnen, wenn ein Tierarzt einerseits dem zu euthanasierenden Tier soviel Würde wie möglich zukommen lässt und andererseits jedem einzelnen Besitzer mit dessen Gefühlen von Verlust und Zweifel echtes Mitgefühl entgegenbringt. Dies gilt auch dann, wenn man sich in der betreffenden Situation als Profi hilflos fühlt. Eine solche Hilflosigkeit wird von den Tierbesitzern nicht automatisch negativ beurteilt. Im Gegenteil: Nach Aussage von ANTELYES (1990) empfinden die meisten Menschen Sympathie mit einer Person, die aufgrund ihrer Hilflosigkeit verlegen ist und mögen diese Person dann lieber als zuvor. MILANI (1995) ist der Überzeugung, dass eine überwältigende Mehrheit der Tierbesitzer es erleichternd für das Ausdrücken ihrer eigenen Trauer findet, wenn ihr Tierarzt *wenig* souverän mit seinem Tränenvergießen umgeht. Einige Tierärzte bemühen sich, ihre Unsicherheit in betreffenden Situationen dadurch zu überspielen, dass sie andere Personen wie z. B. den Besitzer anklagen oder tadeln oder sich rechtfertigen. Eine solche Entschuldigung des Veterinärs wird von den Klienten jedoch oft als Bemühung verstanden, für begangene Fehler nicht zur Rechenschaft gezogen zu werden. Stattdessen sollte der Veterinär seine Verlegenheit zulassen und mit ruhiger Autorität ehrlich ausdrücken. Eine Einschränkung zu dem bisher gesagten nimmt MILANI (1995) vor. Ihrer Meinung nach sollten Tierärzte, die selbst kaum mit einer Euthanasie fertig werden, den auf Unterstützung angewiesenen Tierhalter darüber nicht in Kenntnis setzen. Günstiger sei eine Überweisung des Klienten an einen Veterinärkollegen, der die Euthanasie problemlos durchführen kann.

Des Weiteren wird eine *letzte telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme* des Tierarztes mit dem Besitzer nicht nur für den Klienten

sondern auch für den behandelnden Tierarzt als hilfreich angesehen, da sie das Verarbeiten und Abschließen eines Euthanasiefalles begünstigt (STEWART, 1988; ANTELYES, 1990).

- im Umgang mit dem Praxisteam

In Kapitel 5.7.2 wurden bereits Empfehlungen gegeben, welche Verhaltensweisen des Veterinärs sich positiv auf sein Praxisteam auswirken. Der dort angeratene Umgang mit der Belegschaft reflektiert über das zufriedene Personal grundsätzlich auch positiv auf das Wohlbefinden des Tierarztes. Ein ganz besonderer Stellenwert kommt dabei dem Gespräch zwischen dem Praktiker und seinen Helferinnen zu, da es den Teamgeist fördert (LAGONI & BUTLER, 1994). Abweichend von der in Kapitel 5.7.2 genannten mitarbeiterfreundlichen Regelung der rotierenden Assistenz beim Euthanasieren raten MILANI (1995) und RECHENBERG (1998) zur Bevorzugung einer bewährten Helferin, mit der der Tierarzt am leichtesten seine Gedanken und Gefühle bezüglich der Tötung teilen kann.

- im Umgang mit sich selbst

Neben der Verantwortung für sein Praxisteam hat ein Tierarzt auch die Pflicht, für die Balance seines eigenen seelischen Gleichgewichtes zu sorgen. Das selbstkompetente Verhalten eines Praktikers kann in der konkreten Situation einer Tiereuthanasie dazu beitragen, dass sich der Tierarzt weniger unbehaglich und von Emotionen verunsichert fühlt. Bezogen auf die gesamte Tätigkeit des Tierarztes hat es zum Ziel, dass er

auch nach vielen Jahren der Tätigkeit Freude an seinem Beruf hat, sein Interesse am Tier und an der Mensch-Tier-Beziehung bewahrt, Patienten und Klienten respektiert und bereit ist, seine fachlichen Kenntnisse auszuweiten (ALSTINE, 1982; LAGONI et al., 1994).

Für das Stressmanagement im Allgemeinen haben sich *Entspannungstechniken* wie Meditation, Yoga, spezielle Atemübungen sowie Fitnessprogramme und Selbstgespräche bewährt. So wird empfohlen, sich vor oder nach einer belastenden Situation wenn möglich für einen Moment zurückzuziehen und sich auf das Ereignis einzustimmen oder es Revue passieren zu lassen (FUKUI, 1994).

Eine Anwendung der verschiedenen Methoden zur Stressbewältigung ist nur dann möglich, wenn der Tierarzt eigene Stressoren erkennt. Dazu muss er sich zunächst *über die persönliche moralische Position bewusst werden*. Um seinen eigenen Standpunkt herauszukristallisieren, sollte der Tierarzt den ethischen Status des Tieres in der Gesellschaft durchdenken und seine persönliche Beziehung zum Tier, sein Verhältnis zum Tod, bereits erfahrene Verlustgefühle und -ängste und sein Rollenverständnis als Beihelfer zum Tod systematisieren. Ein Verständnis der eigenen Position sowie ein authentisches Leben dieser Grundhaltung gilt als Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation. Jeder persönlichen Verbesserung geht das Sich-selbst-bewusst-Sein voran (ANTELYES, 1973a; GOLEMAN, 1999; LÖWISCH, 2000). Ein Bewusstmachen der vielen nützlichen Aktivitäten innerhalb der Praxis kann die Ausübung weniger lohnender Tätigkeiten erleichtern (LAWRENCE, 1992; MILANI, 1995; SCHNEIDER, 1996).

Darüber hinaus wird dem *Verbalisieren* der persönlichen Gedanken und Gefühle des Tierarztes eine sehr positive Wirkung für die Stressbewältigung zugeschrieben. Als Gegenüber für ein solches Gespräch kommen vertrauliche Personen, ein Freund, Lehrer, Arzt, Seelsorger, Tierarztkollegen oder das Praxisteam in Frage. Ist umgekehrt ein Austausch mit verstehenden, zuhörenden Menschen nicht möglich, wird nach Aussage von ROLLIN (1988) ein effizienter Umgang mit der Belastung verhindert. Ein offenes Austragen von Konflikten innerhalb einer Praxisgemeinschaft ist Voraussetzung dafür, Unstimmigkeiten und Wut an das Umfeld zu richten, das sie ausgelöst hat. Einer Umadressierung unzufriedener Ausbrüche etwa gegen die Familie des Tierarztes kann so vorgebeugt werden. Die meisten Menschen brauchen hierfür keine professionelle Beratung. Dennoch können Personen von der Leitung einer Unterstützungsgruppe oder einer individuellen Supervision durch psychologisch ausgebildete Fachleute profitieren. Ein solcher Berater kann einem Tierarzt hilfreiche Impulse zur Klärung und Verbalisierung seiner Gefühle geben. Grundsätzlich sollte es als selbstverständlich angesehen werden, dass Tierärzte wie auch Tierarzhelferinnen ein ähnlich unterstützendes Netzwerk benötigen wie ihre trauernden Klienten (COHEN & SAWYER, 1991; BRACKENRIDGE & SHOEMAKER, 1996).

ANTELYES (1973b) hält ein *persönliches Rollenspiel* für hilfreich bei der eigenen Problembewältigung. Den nötigen Abstand für eine möglichst objektive Beurteilung der eigenen Situation könne der Tierarzt erlangen, in dem er sich vorstelle, nicht er selbst, sondern ein guter Freund werde mit einer Sache nicht fertig und müsse beraten werden.

Durch *Öffentlichkeitsarbeit* kann ein Tierarzt nach ROLLIN (1988) aktiv zur persönlichen Stresskontrolle beitragen, indem er die Gesellschaft sensibilisiert und so versucht, eine Gesetzesänderung zu erzielen, nach der etwa das Töten gesunder Heimtiere in Zukunft ausdrücklich verboten wäre.

6. Erfassungsmethoden für das tierärztliche Euthanasieverhalten

In der Literatur finden verschiedene amerikanische und britische Studien Beachtung, die Tierärzte im Bezug auf das Einschläfern von Tieren befragen.

Bei einer von MCMAHON (1988) zitierten Untersuchung im Windsor-Essex Country area in Ontario, Canada, wurden von 55 Tierbesitzern und 25 Tierärzten mit Hilfe eines 30-Item-Fragebogens Informationen zur Tiereuthanasie gewonnen. Die Untersuchung lieferte in erster Linie Erkenntnisse über die Trauer, wie etwa die sie beeinflussenden Umstände, die Risikofaktoren für eine übermäßige Trauer, allgemeine Trauerreaktionen und die Bedingungen für eine positive Trauerbewältigung. Des Weiteren gewährte die Studie einen knappen Überblick über die verschiedenen Erwartungen und Empfindungen der Tierärzte, wenn ein Patiententier stirbt.

Eine von HAGSTAD (1988) zitierte, 70 Probanden umfassende Untersuchung richtete sich über die American Association of Equine Practitioners (AAEP) ausschließlich an Pferdetierärzte. Die Analyse der Befragungsergebnisse erfolgte mit Hilfe eines Chi-Quadrat Tests. Es wurde ermittelt, inwieweit die Ermutigung des Besitzers, bei der Euthanasie seines Tieres anwesend zu sein, von verschiedenen Faktoren abhängt. Zu diesen unabhängigen Variablen zählten das Alter und Geschlecht des Klienten, die Jahre der Praxiserfahrung des Tierarztes, die Ausrichtung der Praxis (Nutz- oder Hobbypferde), die mittlere Anzahl der vom Tierarzt durchgeführten Euthanasien und der Grund für die Tötung des Pferdes.

Grundsätzlich rieten 41,4 % der Tierärzte dem Pferdehalter von einer Anwesenheit ab, während 13,2 % der Tierärzte den Besitzer zur Anwesenheit ermutigten. Für 45,4 % der Praktiker stellte dieser Punkt kein Thema dar. Keine Korrelation konnte für die Ermutigung zur Anwesenheit und das Geschlecht des Klienten, bzw. der Praxisausrichtung oder der mittleren Anzahl der durchgeführten Euthanasien gefunden werden. Ein deutlicher Zusammenhang zeigte sich jedoch zwischen der Ermutigung zur Anwesenheit und dem Alter des Klienten bzw. der Anzahl der Jahre tierärztlicher Berufserfahrung und auch dem Grund für die Euthanasie. So wurde jugendlichen Pferdebesitzerinnen auffallend häufig von einer Anwesenheit abgeraten. Auch geringe Praxiserfahrung des Tierarztes führte zur Entmutigung des Klienten. Verglichen mit einer terminalen Erkrankung des Pferdes ermutigten die Tierärzte eher bei einer schweren Verletzung oder einem Verlust der Nutzbarkeit den Besitzer des Patiententieres, bei der Tiereuthanasie anwesend zu sein. Aus den Erkenntnissen dieser Studie zieht HAGSTAD (1988) Schlüsse über die Wichtigkeit eines kompetenten tierärztlichen Verhaltens und die Rolle des Tierarztes. Darüber hinaus betont der Autor die Wichtigkeit einer veterinärmedizinischen Ausbildung, die auch auf die sozialen Aspekte der Tierhaltung mit ihren Konsequenzen eingeht.

CROWELL-DAVIS et al. (1988) berichten von einer Studie zum Thema Tod bei Mensch und Tier, die an der University of Georgia, College of Veterinary Medicine an 130 Probanden durchgeführt wurde. Sowohl Veterinärmedizinstudenten unterschiedlicher Semesterzahl als auch approbierte Tierärzte machten zunächst Angaben über ihr Alter, Geschlecht, ihre Tätigkeitsdauer sowie ihren Tätigkeitsbereich. Außerdem wurde ihre soziale Herkunft, ihr Geschwisterverhältnis, ihre Religiosität und eventuell

vorhandene eigene Tiere erfasst. Die genannten unabhängigen Variablen wurden in Beziehung gesetzt zu den Aussagen der Probanden bezüglich ihrem Verhältnis zum Tier, ihrem Verständnis vom Tod und ihrer Sensibilität für die Effekte einer Todeserfahrung. Als abhängig von der Tätigkeitsdauer bzw. der Berufserfahrung erwies sich sowohl die Bedingung, unter der eine Tiereuthanasie durchgeführt wurde, als auch das Bedauern einer bereits durchgeführten Euthanasie. Während auf Wunsch des Besitzers ein gesundes Tier deutlich eher von approbierten Tierärzten als von fortgeschrittenen Studenten eingeschläfert würde, war dieser Unterschied nahezu aufgehoben, wenn es um die Euthanasie eines schwer verletzten Tieres ging. Die approbierten Tierärzte sind jedoch ebenfalls diejenigen, die im Nachhinein die Durchführung einer Euthanasie häufiger bedauerten. Beim Vergleich der Reaktionen nach einer Euthanasie und nach Eintreten eines natürlichen Todes fiel auf, dass sich Tierärzte nach dem Vollzug einer Euthanasie stärker erleichtert fühlten, sich weniger als Versager empfanden und in geringerem Risiko einer Depression standen.

Auf das soeben genannte Befragungsschema gründet sich auch eine Erhebung an 300 Tierärzten an Universitäten und in niedergelassenen Praxen, über die FOGLE & ABRAHAMSON (1992) berichten. In der Studie fällt auf, dass Frauen prozentual deutlich häufiger Schuldgefühle bei der Euthanasie von Tieren empfinden, um die sie sich zuvor intensiv bemüht hatten. Insgesamt scheint die Belastung durch emotionalen Stress als Antwort auf den Tod eines Tieres unter Frauen häufiger zu sein. Es ist jedoch zu bedenken, dass Tierärztinnen laut den Daten der Erhebung über weniger Praxiserfahrungen als ihre männlichen Kollegen verfügen. 72 % der befragten Tierärzte würden ein Training im Umgang mit dem Tierbesitzer für nützlich halten. Die Autoren folgern aus den gesamten

Erkenntnissen der Erhebung, dass ein Bedarf besteht, Tierärzte während ihrer Ausbildung auf diesen beanspruchenden Aspekt ihrer zukünftigen Tätigkeit vorzubereiten.

HART et al. (1990) interviewten 14 niedergelassene Tierärzte und Tierärztinnen, die im Ruf standen, im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie gut mit den Klienten zurechtzukommen. Die Antworten der Probanden offenbarten ein breites Feld der Einstellungen und Sichtweisen. Es wurden detaillierte Angaben zur Durchführung der Euthanasie und zum Umgang mit Tierbesitzern und Praxismitarbeitern gemacht. Jeweils ein Drittel der Untersuchungsteilnehmer lehnte eine Euthanasie gesunder Tiere grundsätzlich ab, euthanasierte gesunde Tiere bei Vorliegen einer triftigen Erklärung oder war aus jedem Grund bereit, dem Leben eines Tieres ein Ende zu setzen. Alle Probanden waren an der Universität nicht auf den Umgang mit Euthanasien vorbereitet worden, sondern hatten sich eine Vielzahl von Bewältigungstechniken selbst durch ihre eigene Erfahrung beigebracht.

WILLIAMS et al. (1999) berichten über eine 1996 durchgeführte, repräsentative Studie der Colorado State University, die die Notwendigkeit einer Unterweisung Studierender über die Mensch-Tier-Beziehung eruieren sollte. Die teilnehmenden Studenten fortgeschrittenen Semesters aus fast allen Veterinärfakultäten der USA waren der Ansicht, daß die Mensch-Tier-Beziehung ein ernst zu nehmendes Thema für Tierärzte sei, in der Ausbildung jedoch keine angemessenen Rolle spiele. Besonderes Interesse an der Thematik wiesen weibliche Studierende auf. Studenten mit Ausrichtung auf den Kleintierbereich sahen die Mensch-Tier-Beziehung mit anderen Augen als ihre Kommilitonen aus dem Großtierbereich.

Die genannten Studien erfassen Daten amerikanischer und britischer Tierärzte und Veterinärstudenten, die sich zum Teil ausschließlich auf die Behandlung von Pferden beziehen. Die jüngste erwähnte Studie ist aus dem Jahr 1996. Die Untersuchungen spezialisieren sich überwiegend auf einzelne Aspekte der Tiereuthanasie, wie etwa die Trauer, die Ermutigung des Klienten zur Anwesenheit, die Handhabung ausschließlich von Pferdeeuthanasien, die persönliche Reflexion des Tierarztes, die Änderung der tierärztlichen Einstellung mit zunehmender Praxiserfahrung usw. Das in der Literatur so eindrücklich beschriebene und empfohlene Euthanasieverhalten im Hinblick auf medizinische, zwischenmenschliche und persönliche Aspekte, kurz: der sozial kompetente Umgang mit der Tiereuthanasie, war in dieser Form bisher nicht erfasst worden.

Aus diesem Grund wurde es als sinnvoll erachtet, ein Messinstrument zu entwickeln, mit dessen Hilfe Kenntnisse über das Ausmaß sozial kompetenten Verhaltens im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie gewonnen werden können. Auf diese Weise soll eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation in deutschen Tierarztpraxen ermöglicht werden. So kann ein Vergleich zwischen dem Euthanasieverhalten amerikanischer und deutscher Tierärzte erfolgen und es wird ersichtlich, ob und inwieweit der Bedarf einer Verbesserung des Umgangs mit der Euthanasie besteht. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen erstellt, mit dessen Hilfe das Konstrukt der tierärztlichen Sozialkompetenz im Zusammenhang mit Hundeeuthanasien in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren untersucht werden kann.

Im Rahmen des rationalen Testkonzepts wurden fünf Arbeitshypothesen formuliert:

- a) Frauen im Tierarztberuf reagieren sensibler auf die Emotionen des Hundebesitzers und sind eher als ihre männlichen Kollegen dazu bereit, die entsprechenden Situationen zu reflektieren. Sie verfügen in diesem Bereich über größere soziale Kompetenz.
- b) Bei Tierärzten sehr jungen oder fortgeschrittenen Alters ist eine größere Sensibilität für das Thema festzustellen als bei Ihren Kollegen mittleren Alters (bei dieser Hypothese wird nicht zwischen Männern und Frauen unterschieden). Analoges lässt sich aussagen, wenn der Zeitraum der Berufspraxis zum Untersuchungskriterium erhoben wird.
- c) Je größer der Anteil der Großtiere bzw. je ländlicher der Einzugsbereich einer Praxis ist, desto weniger sozial kompetent verhalten sich Tierärzte.
- d) Bei einer spontanen Einschläferung verhält sich der Tierarzt seltener sozial kompetent als bei einer erwarteten Euthanasie.
- e) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zahl der Hunde-Euthanasien, die ein Tierarzt pro Woche durchführt, und seiner sozialen Kompetenz.

7. Methodische Grundlagen zur Erstellung und Anwendung von Fragebögen

Nach LIENERT & RAATZ (1994) handelt es sich bei einem Test um ein wissenschaftliches Routineverfahren, mit dem ein oder mehrere empirisch abgrenzbare Persönlichkeitsmerkmale untersucht werden, damit eine quantitative Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung getroffen werden kann. Ein Test soll folgende Eigenschaften aufweisen:

- a) wissenschaftliche Begründbarkeit;
- b) routinemäßige Durchführbarkeit;
Routinemäßig durchführbar ist ein Test dann, wenn er an einer größeren Stichprobe erprobt wurde und auch bei anderen Personen mit anderen Testleitern angewendet werden kann (ROST, 1996);
- c) relative Positionsbestimmung des untersuchten Individuums innerhalb einer Gruppe von Individuen oder in bezug auf ein bestimmtes Kriterium;
- d) Prüfung von empirischen, abgrenzbaren Eigenschaften, Verhaltensdispositionen, Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Kenntnissen (LIENERT & RAATZ, 1994). Hierbei handelt es sich um Persönlichkeitsmerkmale, die relativ stabil und konsistent und deshalb für das im Test gezeigte Verhalten verantwortlich sind (ROST, 1996).

Die Testtheorie ist Teilgebiet einer allgemeinen Messtheorie. STEVENS (1959) definiert *Messung* als eine Zuordnung von Zahlen zu Objekten oder Ereignissen gemäß einer bestimmten Regel. Beim *Testen* soll das Verhalten einer größeren Anzahl von Personen in einer Reihe von vorher festgelegten Situationen in Form von Items auf kategorialem Niveau erfasst werden. Dabei werden in intersubjektiv nachvollziehbarer Weise Aussagen über Unterschiede zwischen Personen getroffen, d. h. dass verschiedene auswertende Personen bei der Bearbeitung derselben Testprotokolle zu

identischen Testergebnissen und Interpretationen kommen sollten. Ein weiteres Ziel ist es, von den einzelnen Items so zu abstrahieren, dass eine Aussage getroffen wird, die das Verhalten bei allen oder zumindest bei mehreren Items beschreibt (ROST, 1988). Neben Tests im engeren Sinne, die nicht willentlich von Personen in eine gewünschte Richtung verfälscht werden können, sind auch Tests im weiteren Sinne wie Daten von Fragebögen und standardisierten Interviews oder Beobachtungen Gegenstand der Testtheorie (ROST, 1996).

Eine Überprüfung der Testmodelle auf ihre empirische Gültigkeit hin ist von großer Wichtigkeit, damit die Testergebnisse abgesichert und als *Messwerte* legitimiert sind. Wie gut eine Messung gelungen ist, wird in der klassischen Testtheorie unter drei Perspektiven bestimmt:

- Standardisierung
- Messpräzision
- Merkmalssättigung.

Hieraus lassen sich die Hauptgütekriterien eines Test ableiten:

- Objektivität
- Reliabilität
- Validität.

7.1 Planung und Testentwurf

7.1.1 Rationales Testkonzept

Um ein Testkonzept zu erstellen, muss überlegt werden, welches Persönlichkeitsmerkmal es zu untersuchen gilt. Dabei wird zunächst nach einem Literaturstudium und gegebenenfalls anhand einer Personenbefragung zusammengetragen, welche Eigenschaften, Verhaltensweisen und sonstigen Aspekte kennzeichnend für die zu untersuchende Personeneigenschaft sind. So kristallisieren sich voneinander abgrenzbare Teilbereiche des Merkmals heraus. Durch die Formulierung von Arbeitshypothesen kann das rationale Grundkonzept prägnant zusammengefasst werden und als Basis für die weiteren Arbeitsschritte dienen. Bietet die Literatur keine Hinweise über eventuell bereits existierende, brauchbare Tests zur Erfassung des Konstrukts, wird eine eigene Testkonstruktion erforderlich. Im Verlauf der Testentwicklung wird zunächst ein *Itempool* formuliert und später auf die eigentlichen Testitems reduziert, deren Anwendung und Auswertung eine Verifizierung oder Falsifizierung der aufgestellten Grundannahmen ermöglichen (BORTZ, 1993; LIENERT & RAATZ, 1994; ROST, 1996; KÖHLER et al., 1996).

7.1.2 Aufgabentypus

Ein Test ist in der Regel aus vielen elementaren Bausteinen aufgebaut. Diese kleinste Beobachtungseinheit eines Tests ist ein *Item*, das sich aus den beiden Komponenten Itemstamm und Antwortformat zusammensetzt. Der *Itemstamm* stellt die Situation dar, in der die Person ihr Testverhalten

zeigt. Dies kann in Form einer Aussage geschehen. Mit Hilfe des *Antwortformates* kann das Testverhalten einer Person dann unter der vom Itemstamm vorgegeben Situation registriert werden. Handelt es sich dabei um ein *freies Antwortformat*, kann die Testperson ihre Antwort individuell oder nach einer formalen Vorgabe äußern. Der Nachteil besteht darin, dass solche Antworten von der auswertenden Person verschlüsselt werden müssen, damit sie in ein vorgefertigtes Categoriesystem einzuordnen sind. Eine solche Verschlüsselung unterliegt jedoch immer auch der Subjektivität des Testleiters. Ein *gebundenes Antwortformat* erweist sich meistens als vorteilhafter, da es objektiver und ökonomischer ist. Den Testpersonen steht dabei ein vorgefertigtes System von Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Neben dem *Richtig-falsch-Aworttyp* und der *Mehrfach-Wahl-Aufgabe* stellen die sogenannten *Rating-Formate* eine häufig benutzte Untergruppe der gebundenen Antwortformate dar. Hier kann die beantwortende Person zwischen mehr als zwei abgestuften Antwortkategorien wählen. Dabei sind die zu wählenden Antworten itemunspezifisch formuliert, d. h. dieselbe Benennung der Antwortkategorien gilt für mehrere oder alle Items eines Fragebogens. Solche Rating-Skalen haben den Vorteil, dass die Testperson sich gegenüber dem Iteminhalt abgestuft und so differenzierter äußern kann, wodurch sie dem Testleiter mehr Informationen liefert. Folgende Aspekte sind bei der Konstruktion einer Rating-Skala zu beachten:

- Benutzung einer unipolaren oder einer bipolaren Skala
Eine *unipolare Skala* dehnt sich vom Nullpunkt lediglich in eine Richtung aus. Dagegen weist eine *bipolare Skala* einen positiven wie einen negativen Pol und eventuell auch einen Mittelpunkt auf. Dabei sollte die Skala gleich viele Kategorien auf jeder Seite haben. Die Entscheidung für eine uni- oder bipolare Rating-Skala hängt neben dem Iteminhalt auch von der zu messenden Personeneigenschaft ab.

- Anzahl der Stufen der Rating-Skala
Viele Personen haben eine von der zu messenden Eigenschaft unabhängige Neigung, die Rating-Skala in einer bestimmten Art und Weise zu gebrauchen. Solche *Response sets* lassen sich wie folgt unterscheiden:
 - Tendenz oder Vermeidung des mittleren Urteils
 - Tendenz oder Vermeidung des extremen Urteils
 - Ja- oder Nein-sage-Tendenz.

Durch die Auswahl einer bestimmten Anzahl von Stufen der Rating-Skala kann der Einfluss von zum Teil vorhersehbaren Response stets möglichst gering gehalten werden.

- Vorhandensein einer mittleren Kategorie
Ist eine mittlere, neutrale Kategorie vorhanden, so wird sie vom Probanden häufig nicht oder nicht nur dazu genutzt, seine mittlere Position zwischen zwei Polen auszudrücken. Die Person entscheidet sich für diese Position auch, wenn sie das Item für unpassend hält oder die Antwort verweigert. Umgekehrt werden zur Testteilnahme motivierte Personen die mittlere Kategorie oft meiden.
- Benennung der Kategorien
Eine Benennung mit *Zahlen* erfolgt oft dann, wenn eine Betonung auf den gleich großen Intervallen zwischen den einzelnen Zahlenwerten gelegt werden soll. Anzumerken ist jedoch, dass in der subjektiven Wahrnehmung der Testpersonen die Intervalle nicht identisch sein müssen, obwohl sie es rein mathematisch gesehen sind. Durch *verbale Etikettierungen* kann die Bedeutung der Antwortstufen für die Testanwender vereinheitlicht werden. Es ist jedoch nicht immer einfach, Benennungen zu finden, die die Rangordnung der vorgegebenen Kategorien differenziert ausdrücken. Durch Verwendung von *Symbolen* wie Plus- und Minuszeichen können wiederum intersubjektive Bedeutungsschwankungen der sprachlichen Benennung vermindert werden. Von einer Kombination der genannten Bezeichnungen erhofft man sich die Vorteile aller Varianten. Die Entscheidung für nur einen Aufgabentypus und die durchgängige Benutzung derselben Bezeichnungsweise für die Rating-Antworten ermöglicht eine leichtere Durchführbarkeit und Auswertbarkeit eines Tests (ROST, 1996; LIENERT & RAATZ, 1994).

Nr.	Item	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
		+2	+1	0	-1	-2
11.	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich als unerwarteten Notfall einschläfere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 7.1-1: Beispiel eines Items mit Antwortformat in Form einer Rating-Skala

7.1.3 Aufbau eines Items

7.1.4 Formale Itemkonstruktion

Bei der sprachlichen Formulierung der Items ist darauf zu achten, dass die verwendeten Begriffe eindeutig sind und von der Zielgruppe der Testpersonen verstanden werden. Die Eindeutigkeit der verwendeten Items kann empirisch überprüft werden, indem die Aufgaben einer Gruppe von Testpersonen vorgelegt wird, die die Einzelitems nicht beantworten sondern auf ihre Eindeutigkeit hin untersuchen sollen. Unterscheidet ein Item Personen mit starker Merkmalsausprägung eindeutig von Teilnehmern mit schwacher Merkmalsausprägung, so ist dieses Item *trennscharf*. Verallgemeinerungen sowie doppelte Negationen sind zu vermeiden. So kann eine möglichst hohe Testobjektivität erlangt werden (LIENERT & RAATZ, 1994; ROST, 1996).

7.1.5 Inhaltliche Itemkonstruktion

Wie auch der Gesamttest so muss jede einzelne Aufgabe bestimmten Gütekriterien genügen. Besonders die *Schwierigkeit* lässt sich durch die Konstruktion eines Items beeinflussen. Unter Schwierigkeit wird verstanden, wie schwer es der ausfüllenden Person fällt, dem Iteminhalt zuzustimmen. Angestrebt wird eine mittlere Schwierigkeit. Aus Gründen der Eindimensionalität sollte ein Item nur einen Sachinhalt, aber möglichst viele Ausprägungsgrade dieses Merkmals zuverlässig erfassen. Deshalb ist es notwendig, komplexe Fragen in Form mehrerer kleiner Einzelitems zu stellen. Wichtiges Kriterium für die *Testreliabilität* ist neben der Aufgabenformulierung die Anzahl der Items. Aussagen mit hypothetischem und allgemeinem Inhalt unterliegen eher einer Fehleinschätzung der Testperson und sind im Gegensatz zu Items, die sich auf einen Sachverhalte beziehen und konkreter gefasst sind, anfälliger für Urteilsfehler. Beim späteren Ordnen der Aufgaben sollte der Aufgabentyp entscheidendes Gruppierungskriterium sein. Der Aufgabeninhalt spielt hier nur eine untergeordnete Rolle. Eine Reihung der Einzelitems braucht bei zeitlich unbegrenzten Tests nicht nach einer bestimmten Reihenfolge vorgenommen werden. Ein Itemsatz, der allen oben genannten Bedingungen genügt, wird als *Testskala* bezeichnet (ROST, 1996).

7.1.6 Aufgabenbewertung

Im Anschluss an eine Aufgabenanalyse wird mit Hilfe eines Auswertungsschlüssels festgelegt, welche Aussagen als Bestantwort oder als teilrichtig gelten und welche Antworten am schlechtesten zu bewerten sind. Die

Ergebnisse der Aufgaben werden mit einem oder mehreren Punktwerten versehen. Durch die Punktverteilung kann eine Gewichtung der einzelnen Aufgabenergebnisse erfolgen. So wird teilrichtigen Antworten ein geringerer Punktwert zugeordnet als der Bestantwort. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn es sich um einen Persönlichkeitsfragebogen mit mehr als zwei Antwortstufen handelt. Ein einfach zu handhabendes, relativ objektives Verfahren stellt die Auswertung mit Hilfe einer *Schablone* dar. Dabei bietet die Verwendung einer *Transparentfolie* im Vergleich mit verschiedenen anderen Auswertungsschlüsseln den Vorteil, dass der Überblick über das gesamte Aufgabenblatt gewahrt bleibt und auf diese Weise eine doppelte, mehrfache oder fehlende Markierung bei einer Aufgabe entdeckt werden kann (LIENERT & RAATZ, 1994).

7.1.7 Testinstruktion und Testanweisung

Testleiter und -teilnehmer benötigen Informationen über die Durchführung und Auswertung eines Tests. Die *Testinstruktion* gibt vor Beginn der Testdurchführung Auskunft über Sinn und Zweck der vorliegenden Untersuchung und informiert den Teilnehmer darüber, was von ihm erwartet wird. Bei der *Testanweisung* werden zu Beginn des Tests, bei sehr heterogenen Aufgaben auch vor jeder einzelnen Aufgabe, Informationen zur Durchführung und Beantwortung des Tests gegeben. Zur näheren Erläuterung wird im Anschluss jeweils ein Beispiel aufgeführt, das besonders einfach und unmissverständlich sein sollte, damit es für den Probanden leicht verständlich und nicht entmutigend ist. Beim Verfassen einer Testanweisung sollte davon ausgegangen werden, dass weder Testteilnehmer noch testende Person etwas über die vorliegende Befragung

wissen. Hilfreich sind klare, kurze Formulierungen und eine möglichst einheitliche Gestaltung der verschiedenen Aufgabengruppen oder Untertests. Die verbalen Formulierungen der Testanweisung werden zunächst provisorisch festgelegt, später optimiert, schriftlich fixiert und standardisiert. Als Gütekriterien für eine Testanweisung können Zwischenfragen mündlicher oder schriftlicher Art herangezogen werden (LIENERT & RAATZ, 1994).

7.2 Entwicklung der Testendform

Nachdem ein Pretest Erkenntnisse darüber geliefert hat, welche Items unbrauchbar und deshalb zu eliminieren beziehungsweise zu revidieren sind, werden die verbleibenden Items zur Testendform zusammengefügt. Danach kann mit der Datenerhebung begonnen werden.

7.3 Datenerhebung

Um die Testendform entwickeln zu können, muss zunächst in einem Vortest geprüft werden, welche Items die notwendigen Anforderungen erfüllen, um in die Endform aufgenommen zu werden. Im Rahmen eines solchen *Pretests* werden Daten einer bestimmten Teilnehmerstichprobe erhoben, die Schlüsse auf die gesamte Zielpopulation zulassen. Es gilt also, eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erstellen, wobei dann von Repräsentativität gesprochen werden kann, wenn die Variablen in der Stichprobe genauso verteilt sind wie in der Population. Diese Bedingung kann nur durch eine völlig zufällige Auswahl von Versuchsteilnehmern erfüllt werden. Grundsätzlich trägt eine möglichst große Anzahl der

Pretestteilnehmer zu einer guten Messgenauigkeit bei. Letztendlich müssen Probanden zur Stichprobe herangezogen werden, die man auf einfache Weise gewinnen kann. Die Ansprüche an das Maß der Repräsentativität sind geringer, wenn lediglich ein messgenauer, valider und kein normierter Test entwickelt werden soll. Es ist günstig, wenn die Testpersonen möglichst wenig über den Gegenstand der Befragung wissen, damit ihre Itemantworten von eventuellen Vorkenntnissen oder einer Beantwortung nach der sozialen Erwünschtheit unbeeinflusst bleiben. Die Items, die bei der Aufgabenanalyse gute Werte der Schwierigkeit und Trennschärfe aufweisen, werden aus dem Itemuniversum ausgewählt und zum Haupttest zusammengestellt. Der Umfang der Testendform ist so zu gestalten, dass möglichst genaue und abgesicherte Testergebnisse erhalten werden können, ohne dabei an Praktikabilität und Wirtschaftlichkeit zu verlieren (KÖHLER et al., 1996).

7.3.1 Befragung per Post oder per Internet

Verglichen mit mündlichen Befragungen ist die Befragung per Post oder per Internet aufgrund des geringeren Personalaufwandes ökonomischer. Durch den fehlenden direkten persönlichen Kontakt zwischen Untersucher und Testperson wird ein Gefühl größerer Anonymität vermittelt und ein Interviewereinfluss ist auszuschließen. Daneben ist eine deutlichere geographische Flexibilität und relative zeitliche Simultaneität gegeben. Die mangelnde Zuverlässigkeit und Schnelligkeit der Rückantworten, des sogenannten *Rücklaufs* erhöht jedoch unter Umständen den Zeitaufwand erheblich. Ziel muss es also sein, die Rücklaufquote zu optimieren. Nach WIEKEN (1974, zit. n. FRASCH, 1987) schwanken die Rücklaufquoten

postalischer Befragungen zwischen 10 % und 90 %, wobei offensichtlich ist, dass Fragebögen mit aktuellem und für die Befragten interessanten Inhalt schneller zurückgeschickt werden als unwichtig erscheinende. Außerdem wirken sich eine knappe, verständliche Formulierung, ein ansprechendes Layout, eine schriftliche oder telefonische Ankündigung des zu erwartenden Fragebogens sowie ein persönliches Anschreiben positiv auf die Teilnahmebereitschaft der Testpersonen aus. Ein solches Begleitschreiben sollte den Grund für die Befragung nennen, die Wichtigkeit des Befragten betonen, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und eine Zusicherung der Anonymität beinhalten. Daneben wirkt sich ein Antwortappell mit Angabe des spätesten Rücksendedatums, ein Dank für die Mitarbeit sowie eine persönliche Unterschrift des Umfrageträgers günstig aus. Die Art der durchführenden Institution wird als wichtiger Einflussfaktor auf die Teilnahmebereitschaft angesehen. So erzielten die Namen universitärer Institutionen die besten Rücklaufquoten. Bei der postalischen Befragung gilt das gleichzeitige Verschicken eines freigemachten, adressierten Rückumschlages als selbstverständlicher, rücklaufsteigernder Stimulus. Bei ungenügendem Rücklauf kann nach ein bis zwei Wochen eine schriftliche oder fernmündliche Nachfrage bei den zuvor angeschriebenen Personen erfolgen. Ein Vergleich der biographischen Merkmale der Versuchsteilnehmer mit den verfügbaren Daten aller Adressaten wird angeraten. Ist dabei ein Merkmal der Teilnehmerstichprobe über- oder unterrepräsentiert, kann die Beantwortung der Fragen möglicherweise von diesem Merkmal abhängen. Solch eine mangelnde Stichprobenrepräsentativität kann dadurch korrigiert werden, dass zur Erstellung einer neuen, repräsentativen Stichprobe eine Personengruppe willkürlich ausgewählt wird, die mit der gesamten Zielpopulation in den Daten der biographischen Merkmale etwa

übereinstimmen. Die Ergebnisse einer solchen Stichprobe gelten dann als repräsentativ für alle angeschriebenen Personen. Eine andere Möglichkeit, die Stichprobenergebnisse auf die Gesamtpopulation beziehen zu können, sind Gewichtungszprozeduren. Da die Testperson selbst entscheidet, ob sie sich an der Befragung beteiligt, kann es zur sogenannten Eigenselektion kommen. So werden an einer Studie nur Personen teilnehmen, die sich vom Gegenstand der Befragung in irgendeiner Weise angesprochen fühlen. Die Ergebnisse der zurückerhaltenen Fragebögen können deshalb verzerrt sein (BORTZ, 1984; FRASCH, 1987).

7.4 Item- und Skalenanalyse

Sowohl die Item- als auch die Skalenanalyse verfolgen den Zweck, den Test im Hinblick auf eine Verbesserung von Schwierigkeit und Trennschärfe zu revidieren, die Testpunktverteilung zu überprüfen und die Durchführungsmodalitäten des Tests zu optimieren. Zur Aufgabenanalyse wird zunächst eine Matrix erstellt, in der die Testteilnehmer mit ihren kodierten Itemantworten zum jeweiligen Item in Beziehung gestellt werden. Dabei steht die Codezahl für die Verhaltensaussprägung beim jeweiligen Item. Eine solche Kodierung stellt eine Verschlüsselung der Personendaten dar, die zur Auswertung in einem entsprechenden Testmodell erforderlich ist. Welcher Code welchen Daten zugeordnet wird und wie diese Werte später zu beurteilen sind, ist genau zu definieren und fixieren. In der Datenmatrix werden die von den Probanden erzielten Werte zu einem bestimmten Item als *Variable* verstanden. Die Antwortvariable ordnet jeder Person hinsichtlich jeder Itemantwort genau einen Wert zu. Die individuellen Gesamttestpunktwerte der Teilnehmer werden als

Rohwerte bezeichnet. Nach der Aufgabenanalyse zeigen die Testpunktwerte an, wie es um die Qualität des Tests bestellt ist. Es ist besonders im Hinblick auf eine spätere Eichung erforderlich, dass diese Punktwerte hinreichend streuen (ROST, 1996).

7.5 Schwierigkeit eines Items

Nach LIENERT & RAATZ (1994) ist der *Schwierigkeitsindex* einer Aufgabe definiert als prozentuale Häufigkeit, mit der von einer repräsentativen Stichprobe von Probanden richtig bzw. in Schlüsselrichtung geantwortet wird. Zur Ermittlung der Schwierigkeit stellt die vorherige *Dichotomisierung* der Daten aus einer Rating-Skala eine Erleichterung dar. Dabei wird die vom Probanden angekreuzte Antwort in der Rating-Skala je nach Schlüsselrichtung entweder mit 1 (= positiv beantwortet) oder mit 0 (= negativ beantwortet) kodiert, unabhängig vom Grad der Merkmalsausprägung. Eine Aufgabe ist leicht, wenn sie von vielen und schwer, wenn sie nur von wenigen Probanden gelöst werden kann. Ist eine gleichmäßige Differenzierung erwünscht, so ist ein Mittelwert von $x = 0,5$ anzustreben, der aussagt, dass 50 % der Probanden positiv und 50 % negativ geantwortet haben. Items mit zu großer ($x < 0,2$) oder zu geringer ($x > 0,8$) Schwierigkeit werden im allgemeinen ausgesondert, da sie keine Überprüfung des untersuchten Merkmals in einer vorliegenden Stichprobe erlauben. Zuweilen kann jedoch die Verwendung extrem schwerer oder extrem leichter Items sinnvoll sein, wenn z. B. eine Differenzierung von Probanden mit besonders stark oder besonders schwach ausgeprägtem Merkmal beabsichtigt ist. Daneben liefert der Item-Mittelwert zusammen mit der

Item-Standardabweichung interessante Aussagen über die Antwortverteilungen (DIEHL & KOHR, 1999).

7.6 Trennschärfe eines Items

Jedes Item eines Fragebogens erfasst verschiedene Teilaspekte eines bestimmten Konstrukts. So gibt die Beantwortung eines Items durch einen Probanden Aufschluss über die Ausprägung des Konstrukts bei dieser Person. Aufgaben, die jeweils ein Teilgebiet erfassen, werden zu einer Testuntergruppe zusammengefasst. Summiert man bei einer Person die Werte der Items, die eine deutliche Beziehung zu ein und demselben Konstrukt aufweisen, so erhält man einen Gesamtpunktwert, der auch als *Skalenwert* oder *Rohwert* bezeichnet wird. Setzt man die Itemwerte in Beziehung zu den Skalenwerten so ergibt sich daraus die Item-Test-Korrelation, die auch *Trennschärfekoeffizient* oder kurz *Trennschärfe* genannt wird. Die Trennschärfe sagt aus, wie scharf ein Item zwischen Personen mit starker und solchen mit schwacher Merkmalsausprägung trennt. Ist der Trennschärfekoeffizient $r = 0$ wird die betreffende Aufgabe von Probanden mit starker und mit schwacher Merkmalsausprägung gleich häufig in Schlüsselrichtung beantwortet. Folglich trägt das betreffende Item nicht zur Erfassung des Konstrukts bei und sollte eliminiert werden. Eine negative Trennschärfe sagt aus, dass das betreffende Item von Personen mit starker Eigenschaftsausprägung *entgegen*, von Personen mit geringer ausgeprägtem Merkmal *in* der Schlüsselrichtung beantwortet wird. Um ein solches Item nutzen zu können, ist eine Umpolung erforderlich. Dabei wird der Antwort entgegen der Schlüsselrichtung der Punktwert der Bestantwort zugeordnet und umgekehrt. Je höher die Trennschärfe ausfällt, um so

besser ist das jeweilige Item zu bewerten. Ein hoher Trennschärfe-koeffizient ($r \geq 0,35$) bedeutet gleichzeitig auch eine große Reliabilität und steigert die Validitätserwartung.

Beeinflusst wird die Trennschärfe neben dem Reliabilitätsgrad des Analysenkriteriums noch von einer Scheinkorrelation gegenüber dem Testrohwert. Bei einer kleinen Anzahl von Aufgaben ist der Beitrag eines Items zur Itemsumme sehr hoch, weil es selbst schon einen erheblichen Teil des Test darstellt. Die Korrelation eines Einzelitems mit dem Summenwert, in den es selbst eingeht, fällt deshalb entsprechen hoch aus. Um diesen verfälschenden Einfluss auszuschließen empfiehlt es sich, im Rahmen einer *part-whole-correction* beim Korrelieren jeweils das Item unberücksichtigt zu lassen, für das die Trennschärfe berechnet werden soll. Die korrigierten Trennschärfewerte fallen niedriger aus als die unkorrigierten Koeffizienten, wobei die Differenz zwischen beiden Werten entscheidend von der Itemzahl abhängt. Um ein Item auf seine Brauchbarkeit hin zu überprüfen, sollte stets von der korrigierten Trennschärfe ausgegangen werden (LIENERT & RAATZ, 1994; ROST, 1996; BÜHL & ZÖFEL, 1999).

7.7 Verwertung der Analysedaten

Ziel der Aufgabenanalyse ist es, eine Optimierung durch Kürzung des Gesamttests zu erreichen. Dies geschieht, indem ungeeignete Items ausgesondert und verbesserungsbedürftige Aufgaben überarbeitet werden. Ein Entscheidungskriterium hierfür sind die Gütekriterien, die zeigen, welchen Beitrag eine betreffende Aufgabe zur Messgenauigkeit des Tests liefert.

Von der *Aufgabenselektion* können Einzelitems aber auch ganze Aufgaben-
gruppen betroffen sein. Ist der Test in mehrere homogene Gruppen
unterteilt, sollten innerhalb der Gruppen solche Items aussortiert werden,
die keinen besonders hohen Anteil an der Erfassung eines bestimmten
Konstrukts haben. Die Aufgaben, die eine homogene Testuntereinheit
darstellen, bleiben im Test vertreten. Es sind verschiedene Selektions-
verfahren gebräuchlich, bei denen anhand der Aufgabenkennwerte
entschieden wird, welche Items es zu eliminieren gilt. So ist eine
ungenügende Trennschärfe wie auch eine unangemessene Schwierigkeit
Aussonderungskriterium. Neben Items mit mittlerer Schwierigkeit sollen
auch schwere und leichte Aufgaben, bei denen eine mittlere Trennschärfe
toleriert werden kann, in der endgültigen Testform vorhanden bleiben. Jede
Verminderung der Aufgabenzahl beeinträchtigt die Testreliabilität.

Aus Gründen der Testlänge, der Aufgabenzahl oder etwa weil bestimmte
Aufgaben für sehr wichtig gehalten werden, können im Rahmen einer
Aufgabenrevision Items mit geringer Güte noch einmal überarbeitet
werden. Anhaltspunkte für eine neue, günstigere Formulierung gewinnt
man durch Hinweise der Testanwender. Die revidierten Aufgaben sollten
nach einer erneuten empirischen Überprüfung einer Sekundärselektion,
zumindest jedoch einem Experten-Rating unterzogen werden (LIENERT &
RAATZ, 1994; ROST, 1996).

7.8 Gütekriterien eines Tests

7.8.1 Die Objektivität eines Tests

Die Objektivität oder Unabhängigkeit eines Tests sagt aus, inwieweit das Testergebnis von jeglichen Einflüssen außerhalb der getesteten Person unabhängig ist (ROST, 1996). Eine hohe Objektivität ist Voraussetzung für die Zuverlässigkeit und Gültigkeit eines Tests. In der Regel wird unterschieden zwischen der Objektivität hinsichtlich der Durchführung, Auswertung und Interpretation eines Tests.

- Die *Durchführungsobjektivität* ist das Ausmaß, in dem es durch Verhaltensvariationen des Untersuchers während der Testdurchführung zu Verhaltensvariationen der getesteten Person kommt, in deren Folge das Testergebnis beeinflusst wird (LIENERT & RAATZ, 1994). Als Beispiele für solche Beeinflussungsmöglichkeiten nennt FISSENI (1990) Raum und Zeit der diagnostischen Situation sowie die Instruktion und deren Präsentation. Nach LIENERT & RAATZ (1994) kann die Durchführungsobjektivität durch eine möglichst genaue schriftliche Instruktion des Untersuchers, durch eine Standardisierung der Untersuchungssituation sowie durch eine Minimierung der sozialen Interaktion zwischen Untersucher und Testperson optimiert werden.
- Die *Auswertungsobjektivität* hängt von der Vorgabe bestimmter Regeln zur Testauswertung ab. Auswertungsschlüssel legen klar fest, welche Antwort als richtig oder als falsch zu bewerten ist. Folglich ist die Auswertungsobjektivität niedriger, wenn die Testperson die Antwort frei formulieren kann, da die Auswertung dann von der subjektiven Zuordnung der auswertenden Person in eine bestimmte Schlüsselrichtung abhängt.
- Die *Interpretationsobjektivität* betrifft den Grad der Eindeutigkeit, mit der bestimmten Merkmalsausprägungen die gleichen numerischen Werte zugeordnet werden (FISSENI, 1990). Bei festgelegten numerischen Werten als Interpretationsgrenzen für den Auswerter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, gleiche Auswertungsergebnisse gleich zu deuten und so eine hohe Interpretationsobjektivität zu erhalten.

7.8.2 Die Reliabilität eines Tests

Unter Reliabilität wird die Zuverlässigkeit oder Messgenauigkeit eines Tests verstanden oder wie genau ein Test etwas misst, unabhängig davon, was er misst. Der *Reliabilitätskoeffizient* gibt an, mit welcher Zuverlässigkeit bei einer wiederholten Messung unter gleichen Bedingungen dasselbe Messergebnis erzielt wird. Bei einem idealen Messinstrument würde der Reliabilitätskoeffizient den Wert 1 betragen. Auch die Reliabilität unterscheidet sich in verschiedenen Aspekten:

- Bei der *Paralleltest-Reliabilität* werden zwei miteinander vergleichbare Tests konstruiert und denselben Probanden zur Beantwortung vorgelegt. Die Ergebnisse werden miteinander korreliert. Als Indikator für die Messgenauigkeit gilt die Übereinstimmung der beiden Testergebnisse.
- Zur Errechnung der *Retest-Reliabilität* wird einer Gruppe von Testpersonen derselbe Test innerhalb eines bestimmten Zeitraums noch ein zweites Mal unter vergleichbaren Bedingungen zur Beantwortung vorgelegt. Die Ergebnisse der beiden Testungen werden miteinander korreliert. Die Messgenauigkeit des Tests wird wieder durch eine Übereinstimmung der beiden Ergebnisse angezeigt.
- Bei der Ermittlung der *inneren Konsistenz* eines Testes wird das Ausmaß bestimmt, in dem alle Items von denselben Testpersonen in gleicher Weise beantwortet werden. Hierzu sind folgende Methoden gebräuchlich:
 - Bei der *Split-Half-Methode* wird die Korrelation zwischen zwei möglichst äquivalenten Teilen eines Tests bei denselben Versuchsteilnehmern bestimmt. Für jede Versuchsperson werden so zwei Testwerte ermittelt. Der beobachtete Wert einer Person setzt sich zusammen aus dem wahren Wert und einer Fehlerkomponente. Die Übereinstimmung der Ergebnisse der beiden Testhälften, die von denselben Probanden bearbeitet wurden, gilt als Indikator für die Messgenauigkeit.
 - Für die Methode der *Konsistenzanalyse* ist keine eigene Testdurchführung notwendig. Der Test wird in viele einzelne Testteile aufgegliedert, wobei ein Test maximal in so viele Teile zerlegt wird,

wie er Items hat. Da nach der klassischen Testtheorie die Reliabilität eines Tests als Anteil der Varianz der wahren Werte an der Gesamtvarianz definiert wird, wird nun jedes einzelne Item in seiner Varianz mit der Varianz der Testgesamtergebnisse korreliert. Das so gefundene Ausmaß der internen Konsistenz wird mit *Cronbachs Alpha* angegeben. Bei $\alpha \geq 0,85$ ist das Maß der inneren Konsistenz als gut zu bezeichnen. Die Formel lautet wie folgt:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \cdot \left[1 - \frac{\sum s_j^2}{S_x^2} \right]$$

n : Anzahl der Items
 s_j^2 : Varianz der Einzelitems
 S_x^2 : Varianz des Tests

Eine gute Reliabilität ist die Voraussetzung dafür, dass ein Test auch eine hohe externe Validität bzw. Gültigkeit aufweist (FISSENI, 1990; ROST, 1996).

7.8.3 Die Validität eines Tests

Die Validität oder Gültigkeit eines Tests gibt an, wie genau der Test das Merkmal misst, zu dessen Messung er konstruiert wurde. Je fehlerfreier das Testergebnis einer Person Rückschluss auf den individuellen Ausprägungsgrad des zu untersuchenden Merkmals erlaubt, um so höher ist die Validität des Tests. Drei Aspekte der Validität sind zu unterscheiden:

- Die *inhaltliche Validität* ist gegeben, wenn die Elemente eines Tests das zu erfassende Merkmal beinhalten. Üblicherweise werden Experten in einem Rating-Verfahren befragt, in wieweit sie die einzelnen Anteile des Tests für eine Erfassung des zu ermittelnden Merkmals als relevant einstufen.

- Bei der *externen oder kriterienbezogenen Validität* wird unterschieden zwischen Übereinstimmungsvalidität und Vorhersagevalidität. In beiden Fällen werden die Testergebnisse einer Stichprobe mit einem sogenannten Außenkriterium entweder gleichzeitig oder zeitlich versetzt verglichen. Bei einem Außenkriterium handelt es sich um einen bereits als valide anerkannten Test, der dasselbe Merkmal untersucht. Ausgedrückt wird die auf ein bestimmtes Kriterium bezogene Validität eines Tests durch den *Validitätskoeffizienten*. Dieser stellt eine Maßzahl dar, die sowohl von der Reliabilität des Tests und des Kriteriums als auch von der Zulänglichkeit des Tests, d. h. dessen, was an Gemeinsamkeit durch den Test und das Kriterium erfasst wird, beeinflusst wird.
- Zur Ermittlung der *internen oder Konstruktvalidität* wird zunächst theoretisch geklärt und dann empirisch überprüft, welches Merkmal der Test erfasst. Soll ein Test etwa den Ausprägungsgrad sozialer Kompetenz ermitteln, so ist dann eine Konstruktvalidität gegeben, wenn das vom Test erfasste Merkmal genügend mit dem theoretischen Konstrukt „soziale Kompetenz“ übereinstimmt. Das klassische Instrument zu Durchführung einer Konstruktvalidierung ist die *Faktorenanalyse*.

7.8.3.1 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist ein geeignetes Instrument zur Überprüfung der Konstruktvalidität. Die in der vorliegenden Arbeit genutzte Methode der Faktorenextraktion ist die *Hauptkomponentenanalyse*. Zur Durchführung der Faktorenanalyse sind folgende Schritte notwendig:

a) Extraktion von Faktoren:

Es werden homogene, voneinander unabhängige Itemgruppen klassifiziert, deren Einzelitems aufgrund einer hohen Korrelation untereinander dieselbe Personeneigenschaft erfassen. Die als *Variablen* bezeichneten Messwerte aller Itemantworten enthalten also gemeinsame Anteile mit anderen

Variablen. Diese hypothetischen Größen werden *Faktoren* genannt. Je höher die Variablen miteinander korrelieren, um so weniger Faktoren werden zur Aufklärung der Gesamtvarianz benötigt. Bei der Aufgaben-selektion wird den Items der Vorzug gegeben, die besonders hoch mit den ermittelten Faktoren korrelieren. Solch eine Korrelation zwischen Faktor und Variable wird auch als *Ladung* bezeichnet. Umgekehrt wird das Ausmaß, in dem eine Variable durch die Faktoren erfasst wird, *Kommunalität* genannt. Sie ist die Summe der Ladungsquadrate auf die Faktoren.

b) Bestimmung der bedeutsamen Faktoren:

Zur Bestimmung der bedeutsamen Faktoren eignen sich das Kaiser-Guttman-Kriterium und der Scree-Test. Da eine Datenreduktion Ziel der Faktorenanalyse ist, muss geprüft werden, ob ein Teil der extrahierten Faktoren unberücksichtigt bleiben kann.

Bei Anwendung des *Kaiser-Guttman-Kriteriums* erfolgt diese Selektion, in dem alle Faktoren, deren Eigenwert kleiner als 1 ist, unberücksichtigt bleiben. Der *Eigenwert* ist die aufsummierte quadrierte Ladung eines jeden Faktors und drückt aus, welchen Anteil er an der Gesamtvarianz aufklärt. Ein Faktor mit einem Wert unter 1 würde durch weniger als 1 Variable erklärt werden, was anstatt zu einer Reduktion zu einer Vermehrung der Datenmenge führen würde.

Beim *Scree-Test* werden Eigenwerte und Faktoren gegeneinander im Koordinatensystem aufgetragen. Es resultiert eine nahezu asymptotische Eigenwerteverlaufskurve, die einen Knick (Scree) aufweist. Alle Faktoren,

die links des Eigenwertknicks liegen, gelten als bedeutsam, wohingegen die Eigenwerte rechts des Knicks zu vernachlässigen sind, da sie lediglich eine Zufallskorrelation aufweisen.

Sowohl das Kaiser-Guttman-Kriterium als auch der Scree-Test erlauben eine Überprüfung der Dimensionalität komplexer Merkmale und in der Folge eine Datenreduktion. Dennoch bieten beide Methoden kein im echten Sinne objektives und voll befriedigendes Kriterium zur Bestimmung der Zahl notwendiger Faktoren. Vielmehr hat es sich als praxistaugliche Methode erwiesen, die Maximalzahl der mutmaßlich relevanten Faktoren aufgrund wissenschaftlich-inhaltlicher Überlegungen zu bestimmen. Diese Anzahl von Faktoren wird mit Hilfe eines geeigneten Computerprogramms extrahiert und anschließend rotiert.

c) Faktorenrotation:

Um die Ladungswerte der Items, die die Beziehung der Variablen zueinander widerspiegeln, in Form einer Korrelationsmatrix zu errechnen, muss zuvor eine Festlegung auf eine bestimmte Lage der Achsen des zugehörigen Koordinatensystems erfolgen. Dies wird in Form eines sogenannten Rotationskriteriums getan. Dabei stellt das *Varimax-Kriterium* die gebräuchlichste Rotationsmethode dar. Angestrebt wird, dass auf einen Faktor einige Variablen möglichst hoch, andere möglichst niedrig laden. Außerdem sollen auf verschiedene Faktoren unterschiedliche Variablen hoch laden. Um diese Vorgaben zu erfüllen, werden bei der Varimax-Methode die Faktoren so rotiert, dass sie sich in die vorhandenen Variablencluster möglichst gut einpassen und so Informationen darüber liefern, welche Variablen zu welchen Faktoren gehören, also maximal mit

diesen korrelieren. Ziel ist es, die Faktoren so zu ordnen, dass sich eine möglichst einfach zu interpretierende, wissenschaftlich sinnvolle Struktur ergibt. Da die Variablen untereinander nicht nur gemeinsame sondern auch spezifische Anteile beinhalten, kann immer nur ein Teil der Variation der Variablen durch die Faktoren aufgeklärt werden. So hängt die Brauchbarkeit einer Faktorenanalyse wesentlich von der Größe des Varianzanteils ab, der durch die Faktoren aufgeklärt werden kann.

d) Interpretation:

Zur Interpretation werden zunächst die Aspekte, die den auf einen Faktor ladenden Variablen gemeinsam sind, inhaltlich-wissenschaftlich analysiert. Sie liefern Hinweise zur sinnvollen Benennung und Interpretation der identifizierten Faktoren. Nachteil dieser Methode ist, dass das Ergebnis von der subjektiven Beurteilung des Anwenders mitbestimmt wird. Nach DIEHL & KOHR (1994) stellt die Faktorenanalyse jedoch lediglich ein Instrument der deskriptiven Statistik dar, das unter dem pragmatischen Gesichtspunkt der Datenordnung und -strukturierung benutzt werden sollte und dem Anwender nützliche Informationen zur Konkretisierung seiner Arbeits-hypothesen liefern kann.

Es ist üblich, die Validität eines Tests erst dann zu überprüfen, wenn belegt worden ist, dass sich der Test als Instrument eignet. Es ist möglich, dass ein Test zwar intern, nicht aber extern valide ist. Beispielsweise können möglichst homogene Items zur Überprüfung der sozialen Kompetenz eine hohe interne Validität bewirken. Gerade durch die Item-Homogenität werden jedoch nur wenige Aspekte des Merkmals erfasst, wodurch die

Korrelation mit einem Außenkriterium, die externe oder kriterienbezogene Validität, sinkt (FISSENI, 1990, BÜHL & ZÖFEL, 1996).

Nur bei einer ausreichend großen Stichprobe ist eine Bestimmung von Korrelationen mit Hilfe der Faktorenanalyse sinnvoll. Die Zahl der Testpersonen sollte mindestens 100 betragen. Nach DIEHL & KOHR (1994) ist ein Verhältnis Personenzahl:Variablenzahl von wenigstens 3:1 anzustreben. In jedem Fall muss die Personenzahl größer als die der Variablen sein.

7.9 Die Nebengütekriterien eines Tests

Neben den Hauptgütekriterien gibt es weitere Kriterien, die den Test in seiner Qualität beeinflussen, die sogenannten Nebengütekriterien:

- Durch die *Normierung* werden Ergebnisse verschiedener Tests miteinander vergleichbar. Sie ermöglicht, dass einer Versuchsperson aufgrund ihrer Testwerte eine eindeutige Position innerhalb der Gesamtpopulation zugeordnet werden kann, d. h. dem Testrohwert dieser Person wird ein bestimmter Teststandardwert zugewiesen. Als Vergleichsdaten oder Bezugssystem gelten die Ergebnisse von Stichproben verschiedener Teilpopulationen. Die Normierung erlaubt so eine Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse einer einzelnen Person. Unterschieden wird zwischen normorientierten Tests, die Auskunft über die relative Stellung einer Person in ihrer Referenzpopulation geben, und kriteriumsorientierten Tests, die etwas darüber aussagen, in welcher Position die Person zum erfassten Kriterium steht.
- Zur Überprüfung der *Vergleichbarkeit* eines Tests muss mindestens ein weiterer Paralleltest oder ein Test mit einer ähnlichen Validität vorliegen. Existiert ein Paralleltest, so werden die beiden Ergebnisse einer Person verglichen. Ein Vergleich zweier Tests miteinander ist nur bei großer Ähnlichkeit dieser beiden Messinstrumente erlaubt.

- Des Weiteren spricht die *Ökonomie* eines Tests für seine Güte. Sie ist liegt vor, wenn der Test hinsichtlich des Arbeits- und Zeitaufwandes sowie der Kosten wirtschaftlich ist.
- Die *Nützlichkeit* eines Tests ist gegeben, wenn nur dieser Test ein bestimmtes Merkmal erfassen kann und kein anderer Test in der Lage ist, diese Funktion zu erfüllen (ROST, 1996; LIENERT & RAATZ, 1994).

7.10 Standardisierung oder Eichung

Einzelergebnisse dürfen nicht leichtfertig auf Populationen verallgemeinert werden. Deshalb ist als letzte Phase der Standardisierung eines Tests eine *Eichung* notwendig. Dabei werden bei informellen Tests und Tests mit umschriebenem Geltungsbereich nicht dieselben Anforderungen bezüglich der Eichung gestellt, wie bei standardisierten Gruppentests. Ziel der Eichung ist es, eine Norm, d. h. einen Vergleichswert festzustellen, an dem eine Testperson hinsichtlich ihrer Testleistung mit der gesamten Zielpopulation verglichen und beurteilt werden kann. Da eine Befragung der Gesamtpopulation normalerweise nicht möglich ist, wird rein zufällig oder nach bestimmten Personenmerkmalen geschichtet eine *Eichstichprobe* erstellt. Für die zu *Personenscores* aufsummierten Itemwerte jeder Person werden Mittelwert und Streuung errechnet, die dann mit den als *Normen* fungierenden Ergebnissen der Eichstichprobe verglichen werden können. So lässt sich jede Person mit ihrer Merkmalsausprägung in die gesamte Zielpopulation, die durch die Eichstichprobe repräsentiert wird, einordnen. Durch eine Transformation der Rohwerteverteilung kann für jede einzelne Person ein *Prozentrang* errechnet werden, der angibt, wieviel Prozent der Testteilnehmer besser oder schlechter als das betreffende Individuum abgeschnitten haben.

Die *Stichprobengröße* richtet sich nach verschiedenen Faktoren. Bei einem informellen Test, der lediglich Aufschluss über die relative Lage einer Versuchsperson in einer Testverteilung liefern soll, genügen 50 bis 100 Personen als Stichprobe. Bei einer sehr heterogenen Stichprobe wie auch bei einer hohen Reliabilität erhöht sich die Präzision durch eine Vergrößerung der Eichstichprobe (BORG & STAUFENBIEL, 1993).

8. Material und Methode

Die Arbeitsschritte zur Entwicklung eines Fragebogens, um die soziale Kompetenz von Tierärzten beim Einschläfern von Hunden zu erfassen, werden im folgenden Schema dargestellt:

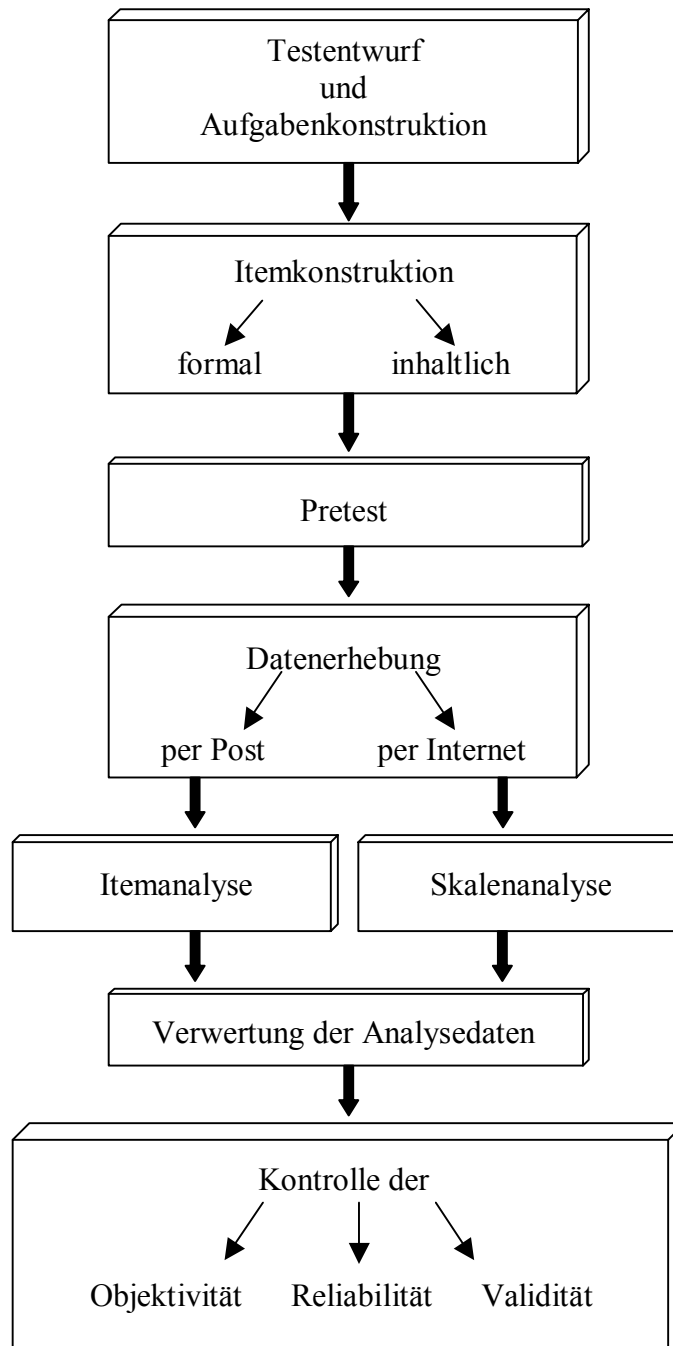


Abbildung 8-1: Arbeitsschritte zur Entwicklung einer Erhebung als Meßinstrument

8.1 Testentwurf und Aufgabenkonstruktion

Die Kapitel 5.6 bis 5.8 machen deutlich, wie wichtig ein sozial kompetentes Verhalten des Tierarztes für die Durchführung einer Tiereuthanasie ist. So ist eine fundierte Fachkenntnis und eine geübte Handhabung der Euthanasiemedikamente Voraussetzung für eine tiergerechte Tötung. Eine solche Fachkompetenz des Tierarztes dient nicht nur dem Wohl des Tieres sondern auch der Zufriedenheit der beteiligten Personen. Durch die Art seiner Interaktion mit dem Besitzer beeinflusst der Tierarzt dessen Verarbeitung des Geschehens und somit indirekt seine körperliche und seelische Gesundheit. Dasselbe gilt für den Umgang des Tierarztes mit seinem Praxisteam. Darüber hinaus ist der Praktiker dafür verantwortlich, dass seine Mitarbeiter kompetent sowohl mit Patienten als auch mit deren Besitzern in Kontakt treten. Beeinflusst werden die genannten Aspekte der Tiereuthanasie nicht zuletzt von der Art und Weise, wie der Tierarzt im Zusammenhang mit diesen Situationen mit sich selbst umgeht.

Im Rahmen dieser Arbeit soll nun erfasst werden, wie umsichtig, gekonnt und für alle Beteiligten nutzbringend, mit anderen Worten wie sozial kompetent das Einschläfern von Tieren zum gegenwärtigen Zeitpunkt von deutschen Tierärzten gehandhabt wird. Beim Studium der entsprechenden Literatur fiel auf, dass sich die Hinweise zur Sozialkompetenz bei der Tiereuthanasie um folgende vier Schwerpunkte gruppieren, die zunächst als hypothetische Dimensionen der Erhebung formuliert wurden:

- I.** Fachliche Kompetenz und ihre sozialen Auswirkungen
- II.** Kompetenz zur Initiierung eines Trauerprozesses beim Besitzer

III. Kompetenzerweiterung auf das Praxisteam

IV. Selbstkompetenz als Basis für soziale Kompetenz

Da nach BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) das Einschläfern verschiedener Tierarten nicht in jeder Hinsicht vergleichbar und auch aus Gründen der statistischen Effizienz eine Beschränkung auf Euthanasiesituationen bei einer bestimmten Spezies erforderlich ist, erfolgte die Befragung nur bezogen auf das Einschläfern von *Hunden*. Neben Katzen ist diese Tierspezies Gegenstand der überwiegenden Anzahl der bisherigen Veröffentlichungen zum Thema und lässt wegen ihres hohen Aufkommens in der Praxis die größte Datenmenge erwarten.

Wie in der Literatur verschiedentlich erwähnt (BRACKENRIDGE & SHOEMAKER, 1996; MCKIERNAN, 1996; WALTERS & TUPIN, 1991) und durch persönliche Eindrücke der Verfasserin bestätigt, stellt das Einschläfern in einer *Notfallsituation* eine andere Herausforderung an den behandelnden Tierarzt als das *erwartete Euthanasieren* nach längerem Leiden eines Tieres (siehe auch Kapitel 1.3). In den beiden genannten Situationen war ein verschieden ausgeprägtes Verhalten der Sozialkompetenz bei den Tierärzten zu erwarten. Die Untersuchung wurde deshalb in zwei Gruppen unterteilt:

1. Soziale Kompetenz des Tierarztes im Zusammenhang mit dem spontanen Einschläfern eines Hundes
2. Soziale Kompetenz des Tierarztes im Zusammenhang mit dem erwarteten Einschläfern eines Hundes nach längerer Krankheit

Die inhaltliche und formale Itemkonstruktion war innerhalb beider Fragebögen identisch. Die Unterlagen beider Gruppen unterscheiden sich

lediglich durch Hinweise im Anschreiben und innerhalb einiger Items auf die jeweilige Situation, auf die sich der Beantwortende beziehen sollte.

Daneben erschien es interessant zu erfahren, ob die Tierärzte auch bezogen auf andere Punkte eine unterschiedlich ausgeprägte Sozialkompetenz aufweisen. So wurden Geschlecht, Alter, Tätigkeitsbereich, Dauer der Tätigkeit im Kleintierbereich sowie das Einzugsgebiet der Praxis und die durchschnittliche Einschläferungszahl pro Woche als unabhängige Variablen erfasst.

Es stellte sich die Frage, durch wen die soziale Kompetenz beurteilt werden sollte. Für eine Befragung der Tierbesitzer wäre es erforderlich gewesen, diese Personen direkt im Zusammenhang mit der Euthanasie ihres Tieres, möglicherweise noch in der Tierarztpraxis, als Teilnehmer für eine Befragung zu gewinnen. Da sich die Personen jedoch zu dem betreffenden Zeitpunkt in einer Trauersituation befinden, erschien der Tierbesitzer als Adressat für die Erhebung ungünstig. Von einer Beurteilung der sozialen Kompetenz durch eine unabhängige dritte Person, einem sogenannten Interviewer oder in diesem Fall Beobachter wurde aus Gründen des Personal-, Zeit- und des finanziellen Aufwandes abgesehen. So fiel die Entscheidung zugunsten einer Befragung der Tierärzte zur Selbsteinschätzung ihrer sozialen Kompetenz im Rahmen des Einschläferns aus.

Befragt wurden Tierärzte im gesamten Bundesgebiet über den Postweg oder per Internet. Um eine eventuelle Beeinflussung durch die Variable „Medium“ bei der Auswertung nachvollziehen zu können, wurde für jeden beantworteten Bogen vermerkt, auf welchem der beiden Wege die Testperson auf die Befragung aufmerksam geworden war.

Es schien möglich, dass Personen, die sich für das Resultat dieser Befragung interessierten, für das Thema Euthanasie besonders zugänglich waren und sich eventuell in ihren Testergebnissen von Kollegen unterschieden, denen nicht an der Kenntnis der Untersuchungsergebnisse gelegen war. Aus diesem Grund wurde erfasst, ob die Testperson jeweils anonym oder mit Absender und ob sie mit oder ohne Ergebniswunsch geantwortet hatte.

8.1.1 Aufgabentypus

Als Antwortformat für die das Merkmal überprüfenden Items, für die abhängigen Variablen, wurde eine bipolare Rating-Skala mit einer mittleren, neutralen Antwortmöglichkeit (0) und einer identischen Anzahl weiterer Antwortkategorien zu jeder Seite gewählt. Die durchgängige Benutzung derselben Rating-Skala erleichtert die Testdurchführung wie auch die spätere Auswertung. So kann von der jeweiligen Testperson eine abgestufte Zustimmung oder Ablehnung zu den verschiedenen Aussagen gegeben werden. Zur besseren Übersichtlichkeit werden für die Antwortskala sowohl verbale Umschreibungen (stimme voll zu, stimme gar nicht zu) als auch Ziffern und Symbole (+2 bis -2) gegeben.

Nr.	Item	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
		+2	+1	0	-1	-2
	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert					
17	versuche ich, darüber hinweg zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	versuche ich, den Besitzer zu trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 8.1-1: Beispiel für das Aufgaben- und Antwortformat der abhängigen Variablen

8.1.2 Formale und inhaltliche Itemkonstruktion

Eine Aufgabe muss mit ihrer Formulierung tatsächlich das zu überprüfende Konstrukt treffen. Dabei sollten die Formulierungen so gefasst werden, dass die ausfüllende Person nicht im Vorhinein eine eventuell sozial erwünschte Antwort gibt, sondern die Merkmalsausprägung frei wählt. Ein komplexer Sachinhalt wurde aus Gründen der Eindimensionalität durch mehrere Einzelitems abgefragt. Wichtig ist weiterhin eine eindeutige und verständliche Formulierung und die Vermeidung doppelter Verneinungen. Der Forderung nach einer mittleren Beantwortungsschwierigkeit entspricht es, dass die Hälfte der Testpersonen einem Item zustimmt, während die andere Hälfte die Aussage ablehnt. Um diesem Ideal möglichst nahe zu kommen, wurden einige extreme Aussagen durch das Einfügen der Ausdrücke „manchmal“ oder „selten“ abgeschwächt.

Nr.	Item	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
		+2	+1	0	-1	-2
	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe,					
37	fühlte ich mich manchmal schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	war die technische Durchführung für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 8.1-2: Beispiel für die formale und inhaltliche Itemkonstruktion mit abgeschwächten Formulierungen extremer Aussagen

8.1.3 Aufgabenbewertung

Zur Erstellung eines Auswertungsschlüssels war es notwendig, die vom Probanden angekreuzte Merkmalsausprägung in eine natürliche Zahl zu überführen, um eine gegenseitige Aufhebung der positiven und negativen Zahlen bei der Verrechnung durch das Computerprogramm zu verhindern. So wurden für jede Antwort Punkte aus dem Bereich 1-5 vergeben. Dabei standen 5 Punkte für eine Merkmalsausprägung, die nach dem derzeitigen Kenntnisstand der wissenschaftlichen Arbeiten zur sozialen Kompetenz und zur Euthanasie von Haustieren als optimal gelten. Um die Punktzuordnung zu den jeweils angekreuzten Kästchen einfach und eindeutig zu gestalten, wurde nach der Durchführung des Pretests für die Auswertung des Hauptlaufes eine Schablone aus Transparentfolie erstellt.

Für Items, die von einer Testperson nicht beantwortet worden waren, wurde bei der Auswertung die neutrale Merkmalsausprägung 0 angenommen und in den Punktwert 3 überführt.

Eine Gewichtung einzelner Items erfolgt nicht, da allen vier hypothetischen Dimensionen der Erhebung dieselbe Bedeutung zugemessen wurde. Aus diesem Grund wurde im Hauptlauf jede Dimension durch eine identischen Itemanzahl abgefragt.

8.1.4 Aufbau der Erhebungsunterlagen

8.1.4.1 Anschreiben bzw. Testinstruktion

Das Anschreiben erfolgte auf zwei, vom eigentlichen Fragebogen separierten Seiten. Verwendet wurde der Briefkopf des Institutes für Veterinär-Physiologie der Justus-Liebig-Universität in Gießen, der für eventuelle Rückfragen um die Adresse der Verfasserin als Untersuchungsleiterin erweitert wurde. Auf diese Weise wurde die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Testanwender transparent gemacht. Wortlaut und Form der Testinstruktion und des anschließenden Fragebogens sind aus dem Anhang unter 14.1 und 14.2 zu entnehmen. Auf einem zusätzlichen Blatt erhielt der Versuchsteilnehmer die Option, ein kurzes Feedback der Ergebnisse nach Ablauf der Untersuchung anzufordern. Um die Möglichkeit der Anonymität zu wahren, konnte dieser Coupon abgetrennt und vom übrigen Fragebogen gesondert an die Verfasserin zurückgeschickt werden.

8.1.4.2 Testanweisung

Die Anweisung des homogenen Tests wurde einmalig auf der ersten Hälfte des Fragebogendeckblattes aufgeführt. Sie bot Probanden genaue Informa-

tionen zur Durchführung und Beantwortung der Erhebung. Neben den Bedingungen, unter der er sich an der Befragung beteiligen konnte (eine zumindest zeitweise Betätigung im Kleintierbereich) erfuhr der teilnehmende Tierarzt die Situation, auf die er sich bei der Beantwortung beziehen sollte (nur das unerwartete bzw. erwartete Einschlafen ausschließlich bei der Spezies Hund). Ausdrücklich wurde der Teilnehmer auf die Situationen oder Fälle hingewiesen, die in der vorliegenden Erhebung *keine* Verwendung finden sollten. So war es notwendig, Haustiere anderer Spezies sowie ein versterbendes Tieres infolge eines natürlichen Todes von der Befragung auszunehmen. Ebenso wurden reine Großtierpraktiker von der Studie ausgeschlossen, da eine Befragung nur solcher Personen sinnvoll war, die den Hund zu ihrem mehr oder weniger regelmäßigen Klientel zählen. Natürliche Todesfälle fanden keine Berücksichtigung, da ein Tierarzt weniger häufig in solche Situationen involviert ist und er sich als Nicht-Verursacher eines solchen Todes in einer Lage befindet, die keine mit der Euthanasie vergleichbaren Anforderungen an seine soziale Kompetenz stellt.

Informationen zu den Beantwortungsmodalitäten schlossen sich an. Ein Beispiel, bei dem mit einem Kreuz auf der Antwortskala bereits eine Merkmalsausprägung gewählt wurde, diente zur Verdeutlichung einer regelgerechten Beantwortung. Die Aussage dieser Beantwortung wurde verbal erläutert (siehe unter 14.2 im Anhang).

Für die gesamte Testanweisung waren einfache und eindeutige Formulierungen angestrebt und besonders wichtige Details durch fette Druckweise und Unterstreichung hervorgehoben worden. Wie auch beim

Anschreiben diente die Abfassung in kursiver Schrift zur deutlichen Abgrenzung vom eigentlichen Fragebogen.

8.1.4.3 Unabhängige Variablen

Auf Seite 1 der Erhebungsunterlagen wurden als unabhängige Variablen die Eigenschaften erfragt, von denen eine Beeinflussung der im eigentlichen Fragebogen erfassten Persönlichkeitsmerkmale erwartet wurde. Deshalb befassten sich die Punkte bis j) mit den grundlegenden Daten der Testpersonen wie Geschlecht, Geburtsjahr, Tätigkeitsbereich, Dauer der Tätigkeit im Kleintierbereich, Einzugsgebiet der Praxis und Anzahl der pro Woche durchgeführten Einschläferungen. Das Antwortformat stellte sich hier verschieden dar. Freie Antwortmöglichkeiten wechselten mit Mehrfach-Wahl-Antworten dort ab, wo es sich um die in Zahlen ausgedrückte Angabe eines Zeitraumes oder einer Menge handelte. Die Aussagen g) bis j) sollten Auskunft darüber geben, unter welchen Vorbedingungen der Proband normalerweise einen Hund euthanasiert. Da solche Situationen differenziert abgewogen werden und sich nicht als Ja-Nein-Entscheidung darstellen, wurde hier eine Rating-Skala als Antwortformat angeboten, wie sie auch später für die abhängigen Variablen genutzt wurde (siehe 14.2 im Anhang).

8.1.4.4 Abhängige Variablen bzw. Items zur Erfassung der Merkmalsausprägung

Auf den Seiten 2 bis 5 waren die Items aufgeführt, die letztendlich zur Erfassung der Ausprägung des Merkmals „Soziale Kompetenz beim Einschläfern von Hunden“ dienten. Durchgängig kam eine fünfstufige Rating-Skala mit linksseitiger Positivantwort zur Anwendung. Gelegentlich hatte die Testperson die Möglichkeit, eine Antwort zusätzlich frei zu formulieren. Diese Option erlaubte dem Teilnehmer das Einfügen einer persönlichen Stellungnahme. Aus Gründen der objektiven Beurteilbarkeit flossen derartige Bemerkungen von Seiten der Versuchsteilnehmer jedoch nicht in die statistische Auswertung der Erhebung mit ein. Deshalb waren freie Antwortmöglichkeiten nicht wie Items mit festem Rating-Format durchnummeriert sondern lediglich mit dem Symbol „o“, dem Wort „Sonstiges“ und einer freien Linie gekennzeichnet.

Nr.	Item	stimme voll zu				stimme gar nicht zu
		+2	+1	0	-1	-2
	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig:					
25	guter Umgang mit dem Tier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	guter Umgang mit dem Besitzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 8.1-3: Beispiel für das Aufgaben- und Antwortformat der abhängigen Variablen.

Am Ende der Befragung erfolgte ein Dank an den Testteilnehmer und eine Bitte um baldige Rücksendung des möglichst vollständig ausgefüllten Fragebogens (siehe unter 14.2 im Anhang).

8.2 Testanwendung und Überprüfung

8.2.1 Pretest

Aus Gründen der Testökonomie waren aus dem ursprünglich mehrere hundert Aufgaben umfassenden Itempool solche Aussagen ausgewählt worden, die für die Überprüfung der Arbeitshypothesen am geeignetsten erscheinen. Die Erprobung dieser vorläufig zusammengestellten Items erfolgte im Rahmen des Pretests. Einer relativ geringen Anzahl möglichst repräsentativer Testpersonen wurde die Testvorform inklusive Testinstruktion und -anweisung vorgelegt. Die Auswertungsergebnisse jedes einzelnen Items gaben Auskunft über die Gütekriterien Reliabilität und Validität. Auch der Mittelwert, die Standardabweichung sowie Minimal- und Maximalwert eines jeden Items lieferten wichtige Hinweise zu seiner Brauchbarkeit. Nicht zu vernachlässigen war weiterhin die Überprüfung der Anwenderfreundlichkeit von Einzelaufgaben und Gesamttest. Das Aufgabenformat musste gut verständlich sein, ohne die sozial erwünschte Antwortrichtung offenkundig zu zeigen. Ebenso sollte das Antwortformat verständlich und mit geringem Aufwand auszufüllen sein. Testinstruktion und -anweisung mussten im Vorfeld Erklärungen zur Untersuchung liefern und zur Teilnahme motivieren. Erfüllte eine Aufgabe die notwendigen Anforderungen, so stand ihrer Verwendung in der Testendform nichts mehr im Wege.

8.2.2 Datenerhebung

8.2.2.1 Postalische Datenerfassung

Den überwiegenden Anteil der als Testperson Rekrutierten machten Tierärzte aus, die mittels zweier Branchenverzeichnisse (GELBE SEITEN FÜR DEUTSCHLAND, 1999; KLICKTEL, 1999) nach Zufallsprinzip aus dem gesamten Bundesgebiet ausgewählt und angeschrieben wurden. Weiterhin wurden tierärztliche Mitglieder zweier Studentenverbindungen, des UNITAS- sowie des CARTELL-VERBANDES, bis zu einem Alter von 65 Jahren – unterstützt durch Empfehlungsschreiben – um ihre Teilnahme gebeten. War aus den Adressverzeichnissen eindeutig zu entnehmen, dass es sich um eine Gemeinschaftspraxis oder Tierärztliche Klinik handelte, wurden zwei bis drei vollständige Erhebungsunterlagen zugesendet. In die Liste der Adressaten waren *keine* Veterinäre aufgenommen worden, aus deren Berufsbezeichnung hervorging, dass sie nicht als praktische Tierärzte oder ausschließlich im Großtierbereich tätig waren.

Die Auswahl der praktischen Kleintierärzte und Gemischtpraktiker erfolgte nach Zufallsprinzip und stellte somit eine geschichtete Stichprobe dar, die als Grundpopulation angesehen werden konnte.

Für jede der aufgeführten Empfängergruppen waren jeweils gleich viele Fragebogenexemplare zur Gruppe der unerwarteten und der der erwarteten Euthanasie vorgesehen.

Im November 1999 wurden insgesamt 420 Fragebogenexemplare inklusive Testinstruktion an 312 Praxis- und Klinikadressen als Infobrief verschickt.

Jeder Sendung lag ein an die auswertende Person adressiertes und mit dem Aufdruck „Entgeld zahlt Empfänger“ versehenes Antwortkuvert bei.

8.2.2.2 Datenerfassung per Internet bzw. E-Mail

Je ein Fragebogen der beiden Gruppen wurde in HTML-Format überführt und im World Wide Web installiert. Das obligatorische Anschreiben mit der Testinstruktion sowie die Testanweisung waren vorgeschaltet. Etwa zeitgleich mit der postalischen Befragung wurde innerhalb des Internetforums TIERMEDIZIN.DE per Mail-Verteilungssystem an jedes Forummitglied ein Hinweis auf die Teilnahmemöglichkeit an der Erhebung mit dem zugehörigen Internetlink verschickt. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Forum laut Angaben der Redaktion vom 22. November 1999 über 2000 Mitglieder. Da für eine Mitgliedschaft im Forum die tierärztliche Approbation zwingende Voraussetzung ist, konnte eine Testteilnahme durch fachfremde Personen ausgeschlossen werden. Es war möglich, die Fragebögen beider Gruppen einzeln im Internet aufzurufen und beantwortet in Form einer Mail oder per Post an die auswertende Person zurück zu schicken.

8.3 Item- und Skalenanalyse

Nachdem mit Hilfe einer *Faktorenanalyse* (siehe Kapitel 7.8.3.1) ersichtlich geworden war, welche Items dasselbe Konstrukt erfassten und sich zu einer Skala zusammenfassen ließen, wurden nun die *Rohwerte* jedes Testteilnehmers errechnet. Dazu wurden für jede Testperson jeweils die

Punkte addiert, die für die Items einer Skala bzw. einer Dimension erzielt worden waren. Die errechneten Summen stellten die Rohwerte dar (KÖHLER et al., 1996).

Tabelle 8.3-1: Beispiel der Rohwertermittlung bezogen auf Dimension II für drei verschiedene Personen. Wie an den Punktsummen der Komponente 2 ersichtlich wird, handelt es sich hier um je eine Person mit schwacher, starker und mittlerer Merkmalsausprägung.

Person Nr.	Item Nr.												Summe Komp. 2
	17	18	19	21	22	28	29	30	31	33	34	47	
5	1	3	5	5	5	5	1	1	1	1	1	5	34
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
49	1	4	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	47

Die *Trennschärfe* wird für jedes Einzelitem innerhalb des Gesamtfragebogens und innerhalb jeder einzelnen Dimension errechnet. Dabei stellt der Trennschärfekoeffizient die Beziehung eines Einzelitems zum Gesamtsummenwert und zu den Skalenwerten dar. So wird ausgesagt, wie genau ein Item zwischen Personen mit starker und solchen mit schwacher Ausprägung des im Gesamttest untersuchten Merkmals und des mit jeder Skala abgefragten Einzelkonstrukts unterscheidet. Vom SPSS-Programm wird ausschließlich der korrigierte Trennschärfewert (*Corrected Item-Total Correlation*) errechnet, der die Items zu allen anderen Aufgaben des Gesamttests oder der jeweiligen Skala in Beziehung setzt, nicht aber zum betreffenden Item selbst. Eine Scheinkorrelation wird so ausgeschlossen (siehe Kapitel 7.4, 9.2.3 und 9.2.5) (LIENERT & RAATZ, 1994, BÜHL & ZÖFEL, 1996).

Für jedes Einzelitem der Matrix wurden neben dem *Mittelwert* noch weitere Kennwerte wie *Minimum und Maximum* sowie die zugehörigen

Standardabweichungen und Varianzen errechnet. Diese Itemkennwerte gaben Aufschluss über die Antwortverteilung aller Items. Nach einer vorherigen Dichotomisierung der Itemwerte kann die Aufgabenschwierigkeit an den errechneten Mittelwerten abgelesen werden (siehe Kapitel 9.2.3).

Tabelle 8.3-2: Darstellung dreier Items mit den zugehörigen Itemkennwerten. An den Mittelwerten lässt sich ablesen, dass es sich hier um jeweils eine Aufgabe mit mittlerer, geringer und großer Schwierigkeit handelt.

Nr.	Item	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweich.	Varianz
4	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital	315	0,00	1,00	0,57	0,50	0,25
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläfere	315	0,00	1,00	0,85	0,36	0,13
20	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert fühle ich mich häufig hilflos	315	0,00	1,00	0,23	0,42	0,18

8.4 Überprüfung der Gütekriterien des Tests

8.4.1 Objektivitätskontrolle

Zur Beurteilung des Gesamtmaßes der Unabhängigkeit des Tests musste die Objektivität der Durchführung, Auswertung und Interpretation überprüft werden (siehe Kapitel 7.8.1 und 8.4.1). Aus Gründen der *Durchführungsobjektivität* wurden die Befragung wie auch die zugehörige Instruktion schriftlich fixiert. Testinstruktion und -anweisung wurden durch ein Beispiel verdeutlicht. Die Präsentation des Tests war für alle Teilnehmer identisch abgefasst. Wie in Kapitel 8.2.2.2 erläutert, stellten die

Internet-Exemplare Originalfragebögen dar, die in HTML-Format überführt worden waren. Ein Unterschied im Layout bestand lediglich darin, dass das Antwortformat in der Internetversion nicht ankreuzbar sondern eine rein verbal beschriebene Merkmalsausprägung (ohne Ziffern und die Symbole + und -) per Mouseklick zu wählen war. Die Möglichkeit einer ohnehin nicht in die Testauswertung einfließenden freien Antwort war beim Internet-Fragebogen nicht gegeben. Eine über die eigentliche Befragung und die Testinstruktion hinausgehende Interaktion zwischen Untersucherin und Testperson fand nicht statt.

Zur Erzielung einer hohen *Auswertungsobjektivität* trug ein gebundenes Antwortformat und der Verzicht auf freien Antworten bzw. ihre Nichtbewertung bei.

Ausschlaggebend für die *Interpretationsobjektivität* war der Entwurf eines Bewertungsschlüssels, der in Form einer bereits erwähnten Auswertungs-schablone schriftlich fixiert und so für die Bewertung eines jeden Fragebogens verbindlich festgelegt wurde. Die Nutzung einer Rating-Skala als Antwortformat erleichterte die Zuordnung identischer numerischen Werte zu bestimmten Merkmalsausprägungen.

8.4.2 Reliabilitätskontrolle

8.4.2.1 Retest-Methode

Um die Retest-Reliabilität zu überprüfen, wurde die Erhebung einer Gruppe von Testpersonen wiederholt zur Beantwortung vorgelegt. Bei den

hierzu rekrutierten Personen handelte es sich um praktische Tierärzte, die in der Klinik für kleine Heimtiere der Tierärztlichen Hochschule Hannover und in der Inneren Klinik I am Fachbereich Veterinärmedizin der Universität Gießen zum Untersuchungszeitpunkt tätig waren. Diesen Testteilnehmern wurde im zeitlichen Abstand von zwei Monaten jeweils ein Fragebogen zur Beantwortung vorgelegt. Jeder Teilnehmer wurde in beiden Befragungen um die Angabe des Geburtsdatums seiner Mutter gebeten. Dies stellt eine gebräuchliche Methode zur Erstellung einer persönlichen Codenummer dar. So konnten unter Wahrung der Anonymität einer Person die von ihr ausgefüllten beiden Fragebögen zugeordnet und mit Hilfe des *Pearson'schen Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten* r_{xy} verglichen werden. Er drückt aus, mit welcher Signifikanz die beiden Testergebnisse jeder Person übereinstimmen und so als Indiz für die Messgenauigkeit des Tests gelten (DIEHL & KOHR, 1999). Von mehr als 20 angeschriebenen Personen sandten 13 sowohl ihr erstes als auch ihr zweites Umfrageexemplar ausgefüllt zurück und konnten in die Prüfung der Retest-Reliabilität eingeschlossen werden.

8.4.2.2 Konsistenzanalyse

Als Maß der inneren Konsistenz wurde *Cronbachs α* ermittelt. Es ergibt sich aus der Korrelation der Einzelitemvarianz mit der Varianz der übrigen Items (siehe Kapitel 7.8.2).

8.4.3 Validitätskontrolle

8.4.3.1 Experten-Rating

Um das Maß der inneren Validität zu überprüfen, wurden 11 benannte Experten angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten, inwieweit sie jedes einzelne Item und die Gesamterhebung zur Erfassung des zu untersuchenden Konstrukts als relevant einstufen. Bei den Experten handelte es sich um deutschsprachige Tierärzte und Psychologen, z. T. mit Qualifikation in beiden Fachbereichen, die mit diversen Schriften oder Vorträgen über das Einschläfern von Tieren, die soziale Kompetenz des Tierarztes oder über die Tier-Mensch-Beziehung an die Öffentlichkeit getreten waren.

Im Anschreiben wurden die Experten über das durch die Erhebung zu untersuchende Konstrukt der sozialen Kompetenz von Tierärzten beim Einschläfern von Hunden in Kenntnis gesetzt. Es wurde beschrieben, welche Antwortskala den Testpersonen zur Verfügung stand. Weiterhin folgte die Bitte, die Relevanz der Itemaussagen für das zu untersuchende Persönlichkeitsmerkmal nicht als Teilnehmer der Studie sondern als Experte zu beurteilen. Das dazu vorgegebene Rating-Format erlaubte eine Relevanzeinschätzung in vier verbal benannten Abstufungen. Aus Gründen der Anwenderfreundlichkeit waren wie bei der eigentlichen Erhebung die Itemaussagen links, das Antwortformat mit linksseitiger Positivantwort rechts auf der Seite angeordnet.

Nr.	Item	sehr relevant	relevant	wenig relevant	nicht relevant
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 8.4-1: Beispiel eines Items aus dem Experten-Rating-Fragebogen. Das Antwortformat erlaubt eine abgestufte Relevanzbeurteilung des Items für die Erfassung des zu untersuchenden Persönlichkeitsmerkmals.

8.4.3.2 Faktorenanalyse

Die rechnerische Überprüfung und Auswertung der Erhebung wurde mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS FÜR WINDOWS, VERSION 9.0 durchgeführt. Als klassisches Instrument zur Ermittlung der internen oder Konstruktvalidität wurde die Faktorenanalyse bei der vorliegenden Erhebung auf den gesamten Rücklauf angewendet. Es galt empirisch zu überprüfen, ob das Persönlichkeitsmerkmal der sozialen Kompetenz der Tierärzte im Zusammenhang mit der Euthanasie an Hunden und die bislang nicht bestätigten vier Dimensionen dieses Konstrukts durch die vorliegenden Items erfasst wurden. Weiteres Ziel war es, Daten zu reduzieren und Faktoren zu extrahieren, auf die die Items möglichst hoch laden. Der hier angewandte Weg der Faktorenextraktion ist die Hauptkomponentenanalyse. Als Rotationsmethode wurde das Varimax-Kriterium gewählt (siehe Kapitel 7.8.3.1).

8.5 Weitere statistische Verfahren

Die Überprüfung der Arbeitshypothesen erfolgte mit t-Test, einfaktorieller ANOVA und bivariater Korrelation im Programm SPSS für Windows, Version 9.0.

8.6 Standardisierung oder Eichung

Die Ergebnisse einer Befragung sollen möglichst Aufschluss über eine gesamte Zielpopulation ermöglichen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn eine repräsentative Stichprobe erstellt wird, deren Eigenschaften mit denen der Gesamtpopulation vergleichbar sind. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung jedoch eher um eine Erhebung als um einen Test im klassischen Sinn handelt, können von den auf eine Eichung bezogenen Anforderungen Abstriche gemacht werden. Dennoch sollte versucht werden eine Stichprobe zu erstellen, deren einzelne Teilnehmer in ihren Grundeigenschaften, den unabhängigen Variablen, denen der gesamten deutschen Tierärzteschaft möglichst nahe kommen.

Der Erstellung einer solchen Stichprobe wurden „Statistische Untersuchungen über die Tierärzteschaft in der Bundesrepublik Deutschland“ des Planungs- und Informationszentrums der Tierärztlichen Hochschule Hannover, Stand 31.12.1998 (SCHÖNE & ULRICH, 1999) zugrunde gelegt. In der erwähnten Veröffentlichung fanden sich Daten über die Verteilung von Alter, Geschlecht und Tätigkeitsbereich der deutschen Veterinäre. Die aus den Testteilnehmern zu ziehende Stichprobe sollte in ihren unabhängigen Variablen möglichst gut mit denen der Gesamt-

population der deutschen Tierärzteschaft übereinstimmen. Ähnlich wie bei der oben genannten statistischen Untersuchung wurden deshalb alle Teilnehmer zunächst in die Gruppe der Kleintier- und in die der Gemischtpraktiker unterteilt. Zur Stichprobenbildung wurde zunächst ausschließlich auf Tierärzte zurückgegriffen, die bei der postalischen Befragung angeschrieben worden waren und sich an der Erhebung beteiligt hatten.

Bei den Teilnehmern, die durch das Internet auf die Befragung aufmerksam geworden waren, konnte allein durch die Art des Medium bedingt von einer Vorauswahl der eher jüngeren Tierärzte ausgegangen werden. Per Internet war lediglich ein Hinweis auf die Erhebung erfolgt, die Fragebögen mussten noch aktiv von den Teilnehmern aufgesucht und gegebenenfalls heruntergeladen werden. Das ließ den Schluss zu, dass Internet-Kandidaten über eine größere Motivation zur Teilnahme, möglicherweise resultierend aus einer höheren Selbsteinschätzung, verfügten. Dennoch wurden Internet-Teilnehmer dann mit in die Stichproben beider Tätigkeitsbereiche aufgenommen, wenn sie über solche unabhängigen Variablen verfügten, die eine bessere Annäherung an die Grunddaten der deutschen Tierärzteschaft ermöglichten. Insgesamt stellten 122 Teilnehmer die Stichprobe für den Kleintierbereich und 98 Teilnehmer die Stichprobe für die Gemischtpraxen dar.

9. Ergebnisse

9.1 Allgemeine Daten der erfassten deutschen Tierärzte

In die Erfassung flossen 315 verwertbare Fragebögen von Tierärzten aus dem gesamten Bundesgebiet ein. Der Rücklauf verteilte sich wie folgt auf zwei *Gruppen*:

53,3 % der Antworten bezogen sich auf unerwartete, aber sofort notwendige Einschläferungen,

46,7 % bezogen sich auf erwartete, vorbereitete Einschläferungen.

Das *Geschlechterverhältnis* der Testteilnehmer lag bei

52,7 % Männern und

46,7 % Frauen.

0,6 % der Teilnehmer gaben ihr Geschlecht nicht an.

Zur Überprüfung der Arbeitshypothese b) (siehe Kapitel 6) war eine Zusammenfassung der Erhebungsteilnehmer in 3 *Altersgruppen* notwendig. Dabei musste jede der Altersgruppen eine genügend große Personenzahl umfassen, damit eine statistische Aussagekraft und Vergleichbarkeit gegeben war. So wurden die nach Vorgabe von SCHÖNE & ULRICH (1999) formierten 6 Altersgruppen zu nun 3 Gruppen zusammengefasst, wobei jede Altersgruppe einen Bereich von etwa 10 Lebensjahren umfasste. Zur kleinsten Altersgruppe der ab 50-Jährigen zählten 52 Personen. Die Altersgruppierung der Erhebungsteilnehmer ergab folgendes Verteilungsmuster:

52,4 % gehörten zur Gruppe der bis 39-Jährigen (Altersgruppe 1),

30,5 % gehörten zur Gruppe der 40- bis 49-Jährigen (Altersgruppe 2),

16,5 % gehörten zur Gruppe der ab 50-Jährigen (Altersgruppe 3),
0,6 % der Teilnehmer gaben ihr Alter nicht an.

Ähnlich wurde bei den unabhängigen Variablen des Tätigkeitsbereichs und Einzugsgebiet verfahren. Um eine Aussage zur Verifizierung oder Falsifizierung der Arbeitshypothese c) (siehe Kapitel 6) treffen zu können, genügte eine dichotome Gruppierung in den Tätigkeitsbereich Kleintier- oder Gemischtpraxis bzw. in ein rein ländliches Einzugsgebiet oder ein Einzugsgebiet mit städtischem Einfluss. Die Zugehörigkeit der Teilnehmer zum *Tätigkeitsbereich* stellte sich wie folgt dar:

58,1 % Kleintierpraktiker,
41,9 % Gemischtpraktiker.

Das *Einzugsgebiet* war bei

32,4 % der Teilnehmer ländlich,
67,6 % der Teilnehmer mit städtischem Einfluss.

In der Erhebung war nach der Anzahl der Einschläferungen *pro Woche* gefragt worden. Da eine nicht unerhebliche Anzahl von Teilnehmern hier einen sehr geringen Wert angab, wurde aus diesen Daten zur besseren Berechenbarkeit die jeweilige Anzahl von Euthanasien *pro Monat* errechnet. Wieder wurde die Gruppierung solcherart vorgenommen, dass eine ausreichende Anzahl von Versuchsteilnehmern zu jeder Gruppe gezählt werden konnte. Es ergab sich bei den Tierärzten folgende prozentuale Verteilung der *Häufigkeit*:

10,8 % euthanasierten < 1 Hund pro Monat (Gruppe 1),
57,1 % euthanasierten 1-4 Hunde pro Monat (Gruppe 2),
15,6 % euthanasierten 5-8 Hunde pro Monat (Gruppe 3),

11,1 % euthanasierten > 8 Hunde pro Monat (Gruppe 4), wobei maximal 32 Einschläferungen pro Monat genannt wurden.

Als letzte unabhängige Variable wurde erfragt, in welcher *Situation* oder unter welcher Bedingung die Testperson ein Tier einschläfert. Zur besseren Präzisierung erschien es sinnvoll, die im Rating-Format gegebenen Antworten zu dichotomisieren, so dass das angekreuzte Ausmaß von Zustimmung oder Ablehnung in eine deutliche Ja- und eine Nein- bzw. Unentschieden-Antwort übersetzt werden konnte.

12,1 % schläferen einen Hund sofort nach der Diagnose einer unheilbaren Krankheit ein,

11,1 % taten dies, solange das Tier noch nicht beeinträchtigt war,

84,4 % entschieden sich für eine Euthanasie, sobald das Tier in seinem normalen Verhalten beeinträchtigt war und

46,0 % schläferen ein Tier ein, wenn dessen Besitzer von sich aus den Wunsch äußerte.

Die bis zur jeweiligen 100 %-Marke übrig bleibenden Tierärzte konnten einer Euthanasie unter der vorgegebenen Bedingung nicht zustimmen.

Neben diesen unabhängigen Variablen wurden weitere Daten aus dem Rücklauf erfasst. So blieb die Rücksendung des Fragebogens bei

43,2 % der Tierärzte anonym,

62,2 % gaben ihren Absender an.

43,2 % äußerten den Wunsch, über die Untersuchungsergebnisse unterrichtet zu werden,

56,8 % hatten dieses Anliegen nicht.

Wie bei der Datenerhebung in Kapitel 8.2.2.1 berichtet, wurden die Befragten aus verschiedenen *Adressenlisten* rekrutiert. Der Rücklauf setzte sich zusammen

- zu **39,7 %** aus Tierärzten, die in den Branchenverzeichnissen GELBE SEITEN FÜR DEUTSCHLAND (1999) und KLICKTEL (1999) verzeichnet waren,
- zu **20,9 %** aus Mitgliedern des UNITAS- und des CARTELL-VERBANDES,
- zu **1,0 %** aus Tierärzten, die der Verfasserin bekannt oder empfohlen waren
- zu **31,1 %** aus Veterinären, die über das Internet auf die Erhebung aufmerksam gemacht worden waren,
- zu **7,3 %** aus Mitarbeitern der Klinik für kleine Heimtiere der Tierärztlichen Hochschule Hannover und der Inneren Klinik I am Fachbereich Veterinärmedizin der Universität Gießen, die sich zur Überprüfung der Reliabilität an der Retest-Befragung beteiligt hatten.

9.2 Testanwendung und Überprüfung

9.2.1 Pretest

Für die Anwendung im Testvorlauf waren 90 Aufgaben des ursprünglich mehrere hundert Aussagen umfassenden Itempools ausgewählt worden. Für die Auswertung des Pretest lieferten 24 Fragebögen verwendbares Datenmaterial. Da für die Testendform eine gute Trennschärfe sowie eine mittlere Aufgabenschwierigkeit mit einer geschätzten Antworthäufigkeit von etwa 50 % zustimmenden und ebenso vielen ablehnenden Antworten je Item angestrebt wurde (siehe Kapitel 7.5), mussten zur Optimierung der

Erhebung einige Änderungen am Fragebogen (hier *kursiv* gedruckt) vorgenommen werden.

□ Beim Pretest mit rechtsseitiger Positivantwort war eine große Anzahl zunächst irrtümlich angekreuzter, dann korrigierter Merkmalsausprägungen im Antwortformat auffallend. Die Rating-Skala wurde deshalb dahingehend geändert, dass die Positivantwort nun auf die linke Seite des Antwortformates positioniert wurde. Die Art der Benennung mit Worten, Ziffern und Symbolen blieb erhalten.

		stimme voll zu				stimme gar nicht zu
		+2	+1	0	-1	-2

Abbildung 9.2-1: Darstellung des veränderten Antwortformates mit nun linksseitiger Positivantwort

□ Die Anzahl der Items wurde deutlich dezimiert. Für den Hauptlauf blieben Aufgaben dann erhalten, wenn sie eine ausreichende Trennschärfe aufwiesen. Waren Items ungenügend trennscharf, wurden sie umformuliert oder fanden keine Berücksichtigung in der Testendform.

	Item
Pretest	Dem Besitzer vermittele ich, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, indem ich sage: „Er ist tot“
Hauptlauf Item 6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, <i>vermeide</i> ich die Formulierung: „Er ist tot“

Pretest	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, war die technische Durchführung für mich oft schwierig
Hauptlauf Item 38	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, war die technische Durchführung für mich <i>selten</i> schwierig

Abbildung 9.2-2: Zwei Beispiele für geänderte Formulierungen des Aufgabenformates.

Von den ursprünglich 90 Items wurden 48 in den Hauptlauf übernommen, wobei jede der hypothetischen vier Dimensionen durch die identische Menge von 12 Items erfasst werden sollte. In diesem Zusammenhang wurden die verbleibenden Items neu nummeriert.

□ Eine noch fehlende Aufgabe, die zur Erfassung der 2. Dimension beitragen sollte, musste neu konzipiert werden. Dazu wurde aufgrund ihrer positiven Resonanz die Frage nach dem Zulassen eines Kindes, die im Pretest als Beispiel-Item Verwendung gefunden hatte, in den Itempool aufgenommen.

Nr.	Item
16	<i>Während eines unerwartet notwendigen Einschläferns lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu</i>

Abbildung 9.2-3: Zur Erfassung der Dimension 2 neu konzipiertes Test-Item.

□ Als neues Beispiel-Item wurde eine Aussage über die Notwendigkeit einer störungsfreien Zone formuliert.

o	<i>Es ist mir sehr wichtig, die Einschläferung in einer <u>störungsfreien Zone</u>, abseits von parallel benutzten Praxisräumen und vollem Wartezimmer, durchzuführen</i>
---	---

Abbildung 9.2-4: Formulierung des neuen Beispiel-Items.

□ Auf die mit „Sonstiges“ eingeleitete freie Antwortmöglichkeit wurde verzichtet, wenn von dieser Option bei einem betreffenden Item kein oder kaum Gebrauch gemacht worden war.

□ Auf Anregung eines Pretest-Teilnehmers wurde die Aussage über eine eventuell im Studium vermisste Vorbereitung auf die „psychologischen Aspekte des Einschläfern“ auf die „Spezies Mensch“ ausgeweitet. Das in Klammern angefügte Beispiel wurde als Schwerpunkt der Aussage beibehalten.

	Item
Pretest	Im Nachhinein vermisste ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf die psychologischen Aspekte des Einschläfern (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)
Hauptlauf Item 43	Im Nachhinein vermisste ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)

Abbildung 9.2-5: Neuformulierung des Items Nr. 43.

□ Verschiedene Unsicherheiten bei der Item-Beantwortung und Vorschläge zur Verbesserung wurden zum Anlass für die differenziertere Formulierungen einer Aufgaben genommen.

	Item
Pretest	Im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, hat mich ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert
Hauptlauf Item 44	<i>Ich nehme an</i>, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert hat

Abbildung 9.2-6: Differenziertere Neuformulierung des Items Nr. 44.

□ Die am Ende des Fragebogens aufgeführten Statements, die kennzeichnend für die Trauer der Tierarztes sein sollen, dienen nicht zur

Erfassung einer bestimmten Dimension des Testkonstruktes. Aus diesem Grund werden sie nicht in die Testendform aufgenommen.

9.2.2 Itemkennwerte

Für die Berechnung der Itemkennwerte fanden die Daten von 315 Teilnehmern Verwendung. Für jedes der 48 Items der Testendform wurden Minimum, Maximum, Mittelwert, Standardabweichung und Varianz ermittelt.

Tabelle 9.2-1: Itemkennwerte aller Items des Fragebogens.

Nr.	Item	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
1	An der Ausstattung des Raumes, in dem ich die Einschläferungen vorwiegend durchführe, ist mir eine <u>Sitzgelegenheit</u> für den Besitzer besonders wichtig	315	1,00	5,00	3,57	1,20	1,44
2	Meistens benutze ich <u>keine Prämedikation</u> zum Einschläfern	315	1,00	5,00	2,18	1,49	2,23
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal)	315	1,00	5,00	3,32	1,76	3,11
4	T 61	315	1,00	5,00	2,53	1,71	2,93
5	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle, die <u>nicht in der kaudalen Körperhälfte</u> liegt	315	1,00	5,00	2,02	1,29	1,66
6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“	315	1,00	5,00	2,25	1,28	1,63
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: ein Andenken an seinen eingeschläferten Hund	315	1,00	5,00	3,30	1,46	2,13
8	die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums	315	1,00	5,00	3,86	1,31	1,73
9	einen Sarg o. eine Urne für das Tier	315	1,00	5,00	1,89	1,14	1,30
10	die Adresse eines Psychologen o. Beraters	315	1,00	5,00	1,90	1,11	1,22
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläfere	315	1,00	5,00	4,37	0,93	0,87

Tabelle 9.2-1, Fortsetzung: Itemkennwerte aller Items des Fragebogens.

Nr.	Item	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
12	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung <u>direkt nach</u> der Einschläferung zu begleichen	315	1,00	5,00	3,23	1,37	1,88
13	Während des Einschläferns biete ich dem Besitzer von mir aus <u>nicht</u> an, beim Einschläfern anwesend zu sein	315	1,00	5,00	3,83	1,40	1,95
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten	315	1,00	5,00	3,73	1,34	1,80
15	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt	315	1,00	5,00	3,78	1,27	1,61
16	Während des Einschläferns lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu	315	1,00	5,00	2,96	1,37	1,88
17	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert versuche ich, darüber hinweg zu gehen	315	1,00	5,00	4,26	0,94	0,88
18	versuche ich, den Besitzer zu trösten	315	1,00	5,00	4,43	0,77	0,59
19	empfinde ich das als unangenehm	315	1,00	5,00	3,95	1,17	1,37
20	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert fühle ich mich häufig hilflos	315	1,00	5,00	2,36	1,24	1,54
21	empfinde ich das als selbstverständlich	315	1,00	5,00	4,62	0,80	0,64
22	ärger mich das	315	1,00	5,00	4,77	0,61	0,38
23	werde ich manchmal ebenfalls traurig	315	1,00	5,00	3,66	1,03	1,07
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus	315	1,00	5,00	1,83	1,14	1,30
25	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig: guter Umgang mit dem Tier	315	1,00	5,00	4,87	0,42	0,18
26	guter Umgang mit dem Besitzer	315	1,00	5,00	4,80	0,52	0,27
27	Wenn sich im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>	315	1,00	5,00	3,83	0,94	0,89

Tabelle 9.2-1, Fortsetzung: Itemkennwerte aller Items des Fragebogens.

Nr.	Item	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde						
28	ich versuchen, darüber hinweg zu gehen	315	1,00	5,00	3,95	1,06	1,13
29	ich versuchen, das Teammitglied zu trösten	315	1,00	5,00	3,85	0,97	0,94
30	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen	315	1,00	5,00	4,61	0,80	0,65
31	ich das als unangenehm empfinden	315	1,00	5,00	4,03	1,03	1,06
32	ich mich manchmal hilflos fühlen	315	1,00	5,00	2,19	1,15	1,31
33	ich das als selbstverständlich empfinden	315	1,00	5,00	3,82	1,03	1,05
34	es mich ärgern	315	1,00	5,00	4,47	0,87	0,76
35	ich manchmal ebenfalls traurig werden	315	1,00	5,00	3,17	1,07	1,15
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	315	1,00	5,00	3,66	1,06	1,13
	Im Zusammenhang mit den ersten Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe,						
37	fühlte ich mich manchmal schuldig	315	1,00	5,00	2,11	1,27	1,63
38	war die technische Durchführung für mich selten schwierig	315	1,00	5,00	3,38	1,31	1,71
39	war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	315	1,00	5,00	3,20	1,25	1,55
	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u>						
40	fühle ich mich manchmal schuldig	315	1,00	5,00	1,75	1,01	1,02
41	ist die technische Durchführung für mich selten schwierig	315	1,00	5,00	4,03	1,28	1,64
42	ist der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	315	1,00	5,00	3,79	1,14	1,30
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z.B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)	315	1,00	5,00	3,45	1,43	2,04
44	Ich nehme an, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert hat	315	1,00	5,00	3,32	1,36	1,84

Tabelle 9.2-1, Fortsetzung: Itemkennwerte aller Items des Fragebogens.

Nr.	Item	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
45	Über meine Gefühle, die mit dem Einschlafen zusammenhängen, spreche ich im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner/in, Familie, Freunden usw.)	315	1,00	5,00	3,80	1,22	1,48
46	im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	315	1,00	5,00	3,65	1,13	1,28
47	Vor einem Teammitglied halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für unprofessionell	315	1,00	5,00	3,94	1,14	1,29
48	wohltuend für mich	315	1,00	5,00	3,40	1,04	1,09

Für die erfragte Merkmalsausprägung wurde bei jedem der vorhandenen Items die gesamte Spannbreite der Antwortmöglichkeiten auf der Skala genutzt. So beträgt der *Minimalwert* bei allen Items 1,00 und der *Maximalwert* beläuft sich jeweils auf 5,00. Für alle Aufgaben wird also die gesamte Antwortskala oder Antwortbreite genutzt.

Auch die *Mittelwerte* deuten auf eine weite Verteilung der durchschnittlichen Punktwerte innerhalb dieses Bereichs hin. Für die Gesamterhebung liegt der mittlere angekreuzte Punktwert jedoch bei $M = 3,45$, und damit um nahezu 1,00 höher, als bei einer Normalverteilung auf einer fünfstufigen Rating-Skala zu erwarten gewesen wäre.

Die *Standardabweichungen* ($SD = 0,42$ (Item Nr. 25) bis 1,76 (Item Nr. 3)) signalisieren, dass es sich bei den Aussagen der Testteilnehmer um eine zum Teil enge, zum Teil aber auch mittlere Antwortverteilung auf der Rating-Skala handelt. Auch die *Varianzen* verdeutlichen dies.

9.2.3 Itemanalyse

Jedes einzelne Item wurde innerhalb des Gesamtfragebogens überprüft. Neben den Ergebnissen der gesamten erfassten Population sind die entsprechenden Referenzwerte aufgeführt, die sich auf die Normstichprobe beziehen und so einen Vergleich der gesamten erfassten Population mit einer begrenzt repräsentativen Personengruppe ermöglichen.

Tabelle 9.2-2: Itemanalyse aller 48 Aufgaben der Erhebung, bezogen auf die gesamte erfasste Population. Die Bezeichnung „Skala“ meint hier alle Items des Fragebogens in ihrer Gesamtheit.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	An der Ausstattung des Raumes, in dem ich die Einschläferungen vorwiegend durchführe, ist mir eine <u>Sitzgelegenheit</u> für den Besitzer besonders wichtig	162,01		0,16	0,72
2	Meistens benutze ich <u>keine Prämedikation</u> zum Einschläfern	163,40		0,10	0,72
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal)	162,26		0,19	0,72
4	T 61	163,05		0,18	0,72
5	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle, die <u>nicht</u> in der <u>kaudalen</u> Körperhälfte liegt	163,57		-0,00	0,73
6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“	163,33		-0,17	0,73
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: ein Andenken an seinen eingeschläferen Hund	162,28		0,25	0,71
8	die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums	161,72		0,26	0,71
9	einen Sarg o. eine Urne für das Tier	163,69		0,12	0,72
10	die Adresse eines Psychologen o. Beraters	163,69		0,13	0,72
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläfere	161,22		0,27	0,71
12	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung <u>direkt nach</u> der Einschläferung zu begleichen	162,35		0,15	0,72

Tabelle 9.2-2, Fortsetzung: Itemanalyse aller 48 Aufgaben der Erhebung.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
13	Während des Einschläferns biete ich dem Besitzer von mir aus <u>nicht</u> an, beim Einschläfern anwesend zu sein	161,75		0,20	0,72
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten	161,85		0,22	0,72
15	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt	161,80		0,05	0,72
16	Während des Einschläferns lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu	162,63		0,02	0,73
17	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert versuche ich, darüber hinweg zu gehen	161,32		0,36	0,71
18	versuche ich, den Besitzer zu trösten	161,15		0,33	0,71
19	empfinde ich das als unangenehm	161,63		0,10	0,72
20	fühle ich mich häufig hilflos	163,22		0,15	0,72
21	empfinde ich das als selbstverständlich	160,97		0,13	0,72
22	ärger mich das	160,81		0,20	0,72
23	werde ich manchmal ebenfalls traurig	161,92		0,43	0,71
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus	163,75		0,19	0,72
	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig:				
25	guter Umgang mit dem Tier	160,71		0,18	0,72
26	guter Umgang mit dem Besitzer	160,78		0,27	0,72
27	Wenn sich im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>	161,75		0,44	0,71
	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde				
28	ich versuchen, darüber hinweg zu gehen	161,63		0,38	0,71
29	ich versuchen, das Teammitglied zu trösten	161,73		0,42	0,71
30	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen	160,97		0,21	0,72
31	ich das als unangenehm empfinden	161,56		0,24	0,71
32	ich mich manchmal hilflos fühlen	163,39		0,06	0,72
33	ich das als selbstverständlich empfinden	161,76		0,27	0,71
34	es mich ärgern	161,11		0,37	0,71
35	ich manchmal ebenfalls traurig werden	162,42		0,43	0,71

Tabelle 9.2-2, Fortsetzung: Itemanalyse aller 48 Aufgaben der Erhebung.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	161,92		0,29	0,71
37	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, fühlte ich mich manchmal schuldig	163,47		0,19	0,72
38	war die technische Durchführung für mich selten schwierig	162,20		0,08	0,72
39	war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	162,38		-0,01	0,73
40	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> fühle ich mich manchmal schuldig	163,83		0,15	0,72
41	ist die technische Durchführung für mich selten schwierig	161,55		0,15	0,72
42	ist der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	161,79		0,12	0,72
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)	162,13		0,22	0,72
44	Ich nehme an, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert hat	162,26		0,13	0,72
45	Über meine Gefühle, die mit dem Einschläfern zusammenhängen, spreche ich im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner, Familie, Freunden usw.)	161,78		0,37	0,71
46	im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	161,93		0,38	0,71
47	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für unprofessionell	161,64		0,28	0,71
48	wohltuend für mich	162,24		0,33	0,71
<u>Skalenstatistik:</u>					
Scale Mean =		165,58			
Scale Std Dev =			14,9		
Cronbachs α =					0,72
N of Cases =		315			
N of Items =		48			

Tabelle 9.2-3: Ergebnisse der Itemanalyse der Normstichprobe.

<u>Skalenstatistik nur Normstichprobe:</u>			
Scale Mean =		164,36	
Scale Std Dev =		14,6	
Cronbachs α =			0,70
N of Cases =		220	
N of Items =		48	

Der *Mittelwert* beträgt für die Gesamterhebung 164,58. Auf dieses Gesamtergebnis aller Teilnehmer hat Item Nr. 25 den höchsten, Item Nr. 40 den geringsten Einfluss, da bei Entfernung eines dieser Items (*Scale Mean if Item Deleted*) der gesamte Skalenmittelwert 160,71 bzw. 163,83 betragen würde. Die Tatsache, dass der Skalenmittelwert höher als der Mittelwert jedes einzelnen Items im Falle seiner Entfernung liegt, zeigt, dass die Gesamtkomposition der Einzelitems für die Erfassung des zu untersuchenden Konstrukts besonders ausschlaggebend ist.

Die Überprüfung der *Aufgabenschwierigkeit* erfolgte anhand der Mittelwerte nach vorheriger Dichotomisierung der angekreuzten Merkmalsausprägungen. Für die Gesamterhebung liegt sie mit $M = 0,56$ im mittleren Bereich.

Die *Trennschärfekoeffizienten* für die Gesamterhebung liegen im Bereich zwischen -0,17 (Item Nr. 6) und 0,44 (Item Nr. 27). Item Nr. 27 trennt am schärfsten zwischen Personen mit starker und solchen mit schwacher Merkmalsausprägung.

9.2.4 Faktorenanalyse

Eine Betrachtung der Faktorenanalyse zu diesem vorgezogenen Zeitpunkt erscheint sinnvoll, da sie nicht nur zur Überprüfung der Konstruktvalidität dient, sondern darüber hinaus Hinweise auf die Faktoren des Fragebogens liefert, deren Kenntnis Voraussetzung für die Skalenanalyse ist. Die Daten des gesamten Rücklaufs wurden einer Faktorenanalyse unterzogen. Vereinzelt fehlende Werte flossen als unentschiedene Antworten in die Berechnung mit ein (siehe Kapitel 8.1.3). Ein Screeplot-Diagramm (siehe Kapitel 7.8.3.1) gab Aufschluss über die Anzahl der mit dem Fragebogen erfassten Faktoren.

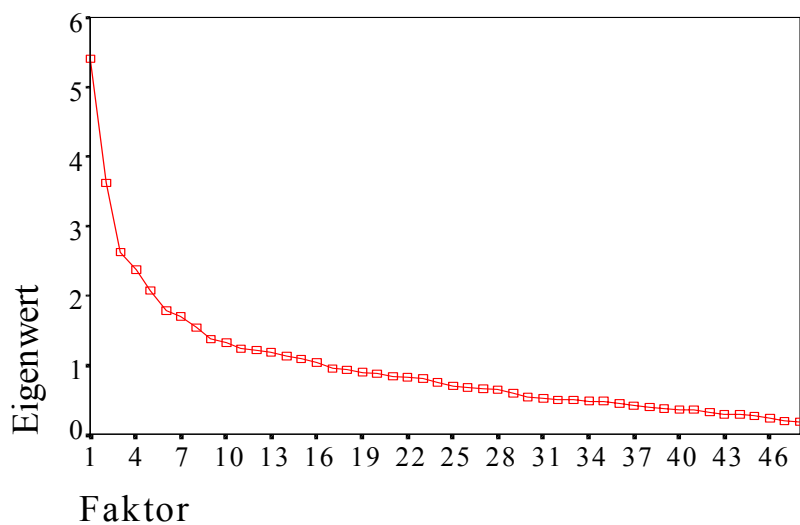


Abbildung 9.2-7: Scree-Test zur Überprüfung der Dimensionalität des zu untersuchenden Merkmals. Die Anzahl der Faktoren links des Eigenwerteknickes gilt als bedeutsam.

Mehr als 10 Faktoren wiesen einen Eigenwert $> 1,0$ auf. Dennoch lagen nur 3 Faktoren vor dem sogenannten Eigenwerteknick. Die Zuordnung der Items zu den angenommenen 4 Dimensionen ließ sich rechnerisch nicht

bestätigen. Bei der anschließenden Faktorenrotation wurde die Vorgabe gemacht, die 48 Items anhand ihrer Ladung um 3 Faktoren zu gruppieren, wobei die Ladungen den Wert 0,3 nicht unterschreiten sollten. Die rotierte Komponentenmatrix macht deutlich, welche Faktoren die Beziehung zwischen den Variablen aufklären.

Tabelle 9.2-4: Die wichtigsten Daten der Faktorenanalyse für die zu den vorgegebenen 3 Faktoren gehörigen Items. Die Aufgaben sind nach abnehmender Ladung geordnet.

Nr.	Item	Ladung auf Faktor Nr.			Skala	Komm.
		1	2	3		
27	Wenn sich im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>	0,64	:	:	1	0,43
35	Wenn ein <u>Teammitglied</u> Trauergefühle äußern würde, würde ich manchmal ebenfalls traurig werden	0,64	:	:		0,43
23	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert werde ich manchmal ebenfalls traurig	0,60	:	:		0,37
45	Über meine Gefühle, die mit dem Einschläfern zusammenhängen, spreche ich im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner/in, Familie, Freunden usw.)	0,56	:	:		0,34
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	0,53	:	:		0,31
20	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert fühle ich mich häufig hilflos	0,50	-0,35	:		0,41
46	Über meine Gefühle, die mit dem Einschläfern zusammenhängen, spreche ich im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	0,48	:	:		0,27
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden Besitzer</u>)	0,47	:	:		0,26
37	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, fühlte ich mich manchmal schuldig	0,47	:	:		0,27
48	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für wohltuend für mich	0,46	:	:		0,25

Tabelle 9.2-4, Fortsetzung: Die wichtigsten Daten der Faktorenanalyse.

Nr.	Item	Ladung auf Faktor Nr.			Skala	Komm.
		1	2	3		
29	Wenn ein <u>Teammitglied</u> Trauergefühle äußern würde, würde ich versuchen, das Teammitglied zu trösten	0,46	0,43	:	2	0,40
40	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> fühle ich mich manchmal schuldig	0,41	-0,34	:	1	0,29
18	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert versuche ich, den Besitzer zu trösten	0,33	0,32	:	2	0,26
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: ein Andenken an seinen eingeschläferten Hund	0,33	:	:	1	0,10
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus	0,31	:	:		0,10
31	Wenn ein <u>Teammitglied</u> Trauergefühle äußern würde, würde ich das als unangenehm empfinden	:	0,72	:	2	0,52
34	es mich ärgern	:	0,65	:		0,49
19	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert empfinde ich das als unangenehm	:	0,58	:		0,37
28	Wenn ein <u>Teammitglied</u> Trauergefühle äußern würde, würde ich versuchen, darüber hinweg zu gehen	:	0,57	:		0,39
30	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen	:	0,53	:		0,29
47	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für unprofessionell	:	0,48	:		0,26
17	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert versuche ich, darüber hinweg zu gehen	:	0,47	:		0,29
22	ärtert mich das	:	0,47	:		0,22
32	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde ich mich manchmal hilflos fühlen	0,42	-0,46		1	0,39
33	Wenn ein <u>Teammitglied</u> Trauergefühle äußern würde, würde ich das als selbstverständlich empfinden	:	0,45	:	2	0,29
21	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert empfinde ich das als selbstverständlich	:	0,32	:		0,13
42	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> ist der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	:	:	0,76	3	0,60
38	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, war die technische Durchführung für mich selten schwierig	:	:	0,73		0,54

Tabelle 9.2-4, Fortsetzung: Die wichtigsten Daten der Faktorenanalyse.

Nr.	Item	Ladung auf Faktor Nr.			Skala	Komm.
		1	2	3		
41	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> ist die technische Durchführung für mich selten schwierig	:	:	0,72	3	0,52
39	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	:	:	0,63		0,42
Eigenwerte der rotierten Faktoren		5,41	3,63	2,62		
durch Faktoren aufgeklärter Varianzanteil in %		11,27	7,55	5,45		

Im Scree-Plot war deutlich geworden, dass die Höhe der Eigenwerte nach dem Faktor 3 stark abfallen. Ergänzend zeigt die Faktorenanalyse, dass die dritte Skala nur durch die vier Items Nr. 42, 38, 41 und 39 abgedeckt wird. Da aufgrund dieser geringen Anzahl keine empirische Aussage möglich ist, wird diese dritte Skala von weiteren Untersuchungen ausgenommen und nicht weiter berücksichtigt. Die ihr zugeordneten Variablen werden dem entsprechend lediglich als Einzelitems behandelt.

Es galt nun, eine gemeinsame inhaltliche Charakteristik bei den Items zu finden und zu benennen, die aufgrund ihrer höchsten Ladungswerte den verbleibenden zwei Skalen zuzuordnen sind. Die Aufgaben der ersten Skala erfragen die eher intrapersonale Verarbeitung der Euthanasiesituation. Die Items der Skala 2 befassen sich mit dem nach außen gezeigten Umgang mit der Situation. So wurde folgende Benennung der zwei Skalen vorgenommen:

Skala 1: „*Depressive Betroffenheit*“ (*depressive Ich-Erweiterung*)

Skala 2: „*Distanzierender Umgang mit der Situation*“ (*Ich-Stärke*)

Die Items Nr. 29 und 18 laden am höchsten auf Faktor 1 und geringfügig niedriger auf den zweiten Faktor. In diesem Fall ist es sinnvoll, die Items der Skala zuzuordnen, auf die sie zwar hoch aber nicht am stärksten laden, sofern diese Zuordnung inhaltlich zu begründen ist. So werden diese beiden Aufgaben der Skala 2 zugeordnet, da sie sich inhaltlich eher mit den nach außen gezeigten Reaktionen als mit der innerlichen Verarbeitung im Zusammenhang mit der Euthanasiesituation beziehen.

Item Nr. 32 hatte nach ersten Rechnungen eine positive Ladung auf Faktor 2 aufgewiesen, wohingegen sich die Ladung auf Faktor 1 sowie die im weiteren Verlauf berechnete Trennschärfe (siehe Kapitel 7.6) als negativ dargestellt hatten. Daraufhin war das Item umkodiert worden, so dass ursprünglich hohe Punktwerte dieser Aufgabe durch niedrige ersetzt wurden und umgekehrt. Auf diese Weise blieben Ladungs- und Trennschärfewerte erhalten, wiesen nun aber ein umgekehrtes Vorzeichen auf. Gemäß seiner inhaltlichen Zugehörigkeit konnte Item Nr. 32 nun als Variable der Skala 1 fungieren und erwies sich sowohl in der Item- als auch in der später durchgeführten Skalenanalyse (siehe Kapitel 8.3) als ausreichend trennscharf. Alle im Anhang tabellarisch aufgeführten Werte beziehen sich auf Item Nr. 32 in umkodierter Form.

Mit den Variablen, die auf Faktor 1 am höchsten laden, wird die Varianz innerhalb dieses Faktors zu 11,27 % aufgeklärt. Die Varianz der auf Faktor 2 maximal ladenden Aufgaben wird zu 7,55 % abgedeckt. Daraus resultiert eine gesamte *Varianzaufklärung* durch die zu beiden Faktoren zählenden Items von 18,82 %.

Das als *Kommunalität* bezeichnete Ausmaß, in dem eine Variable durch die Faktoren erfasst wird, liegt für die Items der vorliegenden beiden Skalen bei 0,10 (Items Nr. 7, 24) bis 0,60 (Item Nr. 42). Je höher die Kommunalität, desto größer ist der Anteil, den ein Item an der Überprüfung des Merkmals der sozialen Kompetenz des Tierarztes in Euthanasiesituationen hat.

Im Ladungsdiagramm der Faktorenanalyse sind die Items der Nummern 1-6, 8-16, 25, 26 und 44 nicht aufgeführt. Sie laden nicht bzw. nicht ausreichend hoch (Werte < 0,3) auf die vorgegebenen 3 Faktoren, sind deshalb zur Erfassung dieser Komponenten nicht geeignet und werden lediglich als Einzelitems betrachtet. Im Folgenden sind diese Items aufgelistet:

Nr.	Item
1	An der Ausstattung des Raumes, in dem ich die Einschläferungen vorwiegend durchführe, ist mir eine <u>Sitzgelegenheit</u> für den Besitzer besonders wichtig
2	Meistens benutze ich <u>keine Prämedikation</u> zum Einschläfern
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal) T 61
4	
5	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle, die <u>nicht</u> in der <u>kaudalen</u> Körperhälfte liegt
6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“
8	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums einen Sarg o. eine Urne für das Tier die Adresse eines Psychologen o. Beraters
9	
10	
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläfere
12	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung <u>direkt nach</u> der Einschläferung zu begleichen

Abbildung 9.2-8: Auflistung der Items, die wegen mangelnder Ladung auf einen Faktor nicht innerhalb einer Skala sondern als Einzel-Items betrachtet werden.

Nr.	Item
13	Während des unerwartet notwendigen Einschläferns biete ich dem Besitzer von mir aus <u>nicht</u> an, beim Einschläfern anwesend zu sein
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten
15	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt
16	Während des Einschläferns lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu
25	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig:
26	guter Umgang mit dem Tier
	guter Umgang mit dem Besitzer
44	Ich nehme an, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert hat

Abbildung 9.2-8, Fortsetzung: Auflistung der Items mit mangelnder Ladung auf einen Faktor.

9.2.5 Skalenanalyse

Nach der Überprüfung der Items im Gesamtzusammenhang der Erhebung werden die Aufgaben innerhalb der ihnen zugehörigen Skala betrachtet.

Tabelle 9.2-5: Skalenanalyse für die Aufgaben der Skala I, „Depressive Betroffenheit“, bezogen auf die gesamte erfasste Population.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: ein Andenken an seinen eingeschläferten Hund	38,79		0,21	0,77
20	Wenn der <u>Besitzer</u> seine Trauergefühle äußert fühle ich mich häufig hilflos	39,74		0,39	0,75
23	werde ich manchmal ebenfalls traurig	38,43		0,49	0,74
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus	40,27		0,21	0,76
27	Wenn sich im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>	38,26		0,51	0,74

Tabelle 9.2-5, Fortsetzung: Skalenanalyse für die Aufgaben der Skala 1.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
	Wenn ein <u>Teammitglied</u> im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde				
32	ich mich manchmal hilflos fühlen	39,91		0,34	0,75
35	ich manchmal ebenfalls traurig werden	38,93		0,51	0,74
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	38,43		0,41	0,74
37	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe, fühlte ich mich manchmal schuldig	39,99		0,37	0,75
40	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> fühle ich mich manchmal schuldig	40,34		0,32	0,75
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden Besitzer</u>)	38,65		0,38	0,75
45	Über meine Gefühle, die mit dem Einschläfern zusammenhängen, spreche ich im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner, Familie, Freunden usw.)				
46	im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	38,30 38,44		0,44 0,38	0,74 0,75
48	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für wohltuend für mich	38,76		0,37	0,75
<u>Skalenstatistik:</u> Scale Mean = 42,10 Scale Std Dev = 8,06 Cronbachs α = 0,76 N of Cases = 315 N of Items = 14					

Tabelle 9.2-6: Ergebnisse der Skalenanalyse für die Aufgaben der Skala 1, „Depressive Betroffenheit“, bezogen auf die Normstichprobe.

<u>Skalenstatistik nur Normstichprobe:</u>			
Scale Mean =	41,50		
Scale Std Dev =		7,92	
Cronbachs α =			0,74
N of Cases =	220		
N of Items =	14		

Der *mittlere Punktwert* für die Skala der depressiven Betroffenheit liegt mit $M = 3,01$ ($SD = 0,94$ (Item Nr. 27) und $SD = 1,46$ (Item Nr. 7)) leicht unter dem Durchschnitt der Gesamterhebung. Der *Skalenmittelwert* für die Items der Skala 1 liegt bezogen auf die Gesamterhebung bei 42,10.

Die *Aufgabenschwierigkeit* innerhalb dieser Skala ist mit $M = 0,43$ als etwas unterdurchschnittlich zu bewerten.

Die *Trennschärfekoeffizienten* von 0,21 bzw. 0,51 bei den Items Nr. 24 und 27 deuten darauf hin, das erstere Aufgabe am wenigsten und zweitere am meisten zwischen Teilnehmern mit starker oder schwacher Ausprägung der „Depressiven Betroffenheit“ differenziert.

Zur Analyse der Skala „Distanzierender Umgang mit der Situation“ sollen die 12 Items näher betrachtet werden, die auf Skala 2 hoch laden:

Tabelle 9.2-7: Skalenanalyse für die Aufgaben der Skala 2, „Distanzierender Umgang mit der Situation“, bezogen auf die gesamte erfasste Population.

Nr.	Item	Scale Mean if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert				
17	versuche ich, darüber hinweg zu gehen	46,43		0,42	0,77
18	versuche ich, den Besitzer zu trösten	46,25		0,32	0,78
19	empfinde ich das als unangenehm	46,74		0,38	0,78
21	empfinde ich das als selbstverständlich	46,07		0,21	0,79
22	ärger mich das	45,92		0,36	0,78
	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschlafen Trauergefühle äußern würde, würde				
28	ich versuchen, darüber hinweg zu gehen	46,74		0,54	0,76
29	ich versuchen, das Teammitglied zu trösten	46,83		0,46	0,77
30	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen	46,08		0,44	0,77
31	ich das als unangenehm empfinden	46,66		0,59	0,75
33	ich das als selbstverständlich empfinden	46,86		0,39	0,77
34	es mich ärgern	46,22		0,61	0,75
	Vor einem Teammitglied halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für				
47	unprofessionell	46,75		0,39	0,78
<u>Skalenstatistik:</u>					
Scale Mean = 50,69					
Scale Std Dev =			6,18		
Cronbachs α =					0,78
N of Cases = 315					
N of Items = 12					

Tabelle 9.2-8: Ergebnisse der Skalenanalyse für die Aufgaben der Skala 2, „Distanzierender Umgang mit der Situation“, bezogen auf die Normstichprobe.

<u>Skalenstatistik nur Normstichprobe:</u>				
Scale Mean = 50,55				
Scale Std Dev =			6,52	
Cronbachs α =				0,79
N of Cases = 220				
N of Items = 12				

Der *mittlere Punktwert* für den distanzierenden Umgang mit der Situation liegt bei $M = 4,22$ ($SD = 0,77$ (Item Nr. 18) bis $SD = 1,17$ (Item Nr. 19)). Der *Skalenmittelwert* für die Items der Skala 2 liegt bezogen auf die Gesamterhebung bei 50,69.

Die *Aufgabenschwierigkeit* der Items zum Teilkonstrukt des distanzierenden Umgangs mit der Situation ist mit einem durchschnittlichen Mittel von $M = 0,78$ eher als gering zu bewerten.

Die *Trennschärfekoeffizienten* nehmen Werte von 0,21 bis 0,61 an. Dem entsprechend unterscheidet innerhalb der Skala 2 die Aufgabe Nr. 21 nur wenig, Item Nr. 34 jedoch scharf zwischen Teilnehmern mit einem schwach und solchen mit einem stark ausgeprägten distanzierenden Umgang in der Euthanasiesituation.

9.3 Reliabilitätskontrolle

9.3.1 Retest-Methode

Für die Reliabilitätsüberprüfung mit Hilfe der Testwiederholung waren die Daten von 13 Personen verwendbar. Diesen Untersuchungsteilnehmern war der Fragebogen zweimal im Abstand von acht Wochen zur Beantwortung vorgelegt worden (siehe Kapitel 8.4.2.1).

Tabelle 9.3-1: Korrelation der Rohwerte der ersten Befragung und der Testwiederholung zur Bestimmung der Retest-Reliabilität.

			Erste Befragung		
			Skala 1: „Depressive Betroffenheit“	Skala 2: „Dist. Umgang mit der Situation“	Summe Skala 1 + Skala 2
Wiederholte Befragung	Skala 1: „Depressive Betroffenheit“	Korrelation nach Pearson	0,75		
		Signifikanz	.00		
	Skala 2: „Dist. Umgang mit der Situation“	Korrelation nach Pearson		0,88	
		Signifikanz		.00	
	Summe Skala 1 + Skala 2	Korrelation nach Pearson			0,79
		Signifikanz			.00

Der Pearson-Produkt-Moment Korrelationskoeffizient r_{xy} betrug für die Punktskallen der Skala 1 und der Summe aus beiden Skalen 0,75 bzw. 0,79. In beiden Fällen lag das Signifikanzniveau bei $p < .01$. Für die Summenwerte der Skala 2 wurde ein Korrelationskoeffizient r_{xy} von 0,88 errechnet, dessen Signifikanzniveau ebenfalls bei $p < .01$ lag.

9.3.2 Konsistenzanalyse

Für die *Gesamterhebung* (siehe Tabelle 9.2-2) wird *Cronbachs α* als Maß der inneren Konsistenz bzw. der Reliabilität mit 0,72 angeführt und auch die Werte, die α bei Streichung eines jeden einzelnen Items annehmen würde (*Alpha if Item Deleted*). Wie zu erwarten, würde sich die Reliabilität des Gesamttests besonders dann erhöhen, wenn die Items mit sehr niedriger Trennschärfe (Items Nr. 5, 6 und 39) aus dem Gesamtkontext gestrichen würden. Als besonders günstig für die innere Konsistenz erweist sich

hingegen Item Nr. 35, da eine Streichung dieser Aufgabe mit einer deutlichen Reduzierung von *Cronbachs* α auf 0,71 einhergehen würde.

Bezogen auf *Skala 1* liegt *Cronbachs* α für alle Teilnehmer bei 0,76 (siehe Tabelle 9.2-5). Eine Entfernung der Items mit geringer Trennschärfe, besonders deutlich sichtbar bei Aufgabe Nr. 7, würde eine Verbesserung der Reliabilität auf ein α von 0,77 bewirken. Die Streichung sehr trennscharfer Aufgaben wie etwa Item Nr. 35 ginge mit einer Reduzierung des α auf 0,74 einher.

Innerhalb der *Skala 2* nimmt α den Wert 0,78 an (siehe Tabelle 9.2-7). Eine Erhöhung auf den Wert 0,79 wäre möglich, wenn das wenig trennscharfe Item Nr. 21 gestrichen würde. Eine Nichtberücksichtigung des sehr trennscharfen Items Nr. 34 würde eine Verminderung der inneren Konsistenz auf ein α von 0,75 nach sich ziehen.

9.4 Validitätskontrolle

9.4.1 Experten-Rating

Neben der in Kapitel 9.2.4 besprochenen Faktorenanalyse dient das Experten-Rating zur Kontrolle der Validität. Am Experten-Rating beteiligten sich 9 Personen. In Form einer Rating-Skala beurteilten sie jedes einzelne Item hinsichtlich seiner Relevanz für die Erfassung der sozialen Kompetenz von Tierärzten beim Einschläfern von Hunden (siehe Kapitel 8.4.3.1). Bei nur wenigen Items (Nr. 2, 3, 4, 5) hatte jeweils eine Person

keine Relevanzeinschätzung vorgenommen. Eine Auflistung der Antworthäufigkeit ermöglicht einen Überblick:

Tabelle 9.4-1: Relevanzbeurteilung durch benannte Experten.

Nr.	Item	Häufigkeit der Beurteilung				
		sehr relevant	relevant	wenig relevant	nicht relevant	keine Angabe
1	An der Ausstattung des Raumes, in dem ich die Einschläferungen vorwiegend durchführe, ist mir eine Sitzgelegenheit für den Besitzer besonders wichtig	5	1	3		
2	Meistens benutze ich keine Prämedikation zum Einschläfern	4	1		3	1
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal)	5	3			1
4	T 61	3	3	2		1
5	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle , die nicht in der kaudalen Körperhälfte liegt	6	2			1
6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“	4	2	1	2	
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen:	6	2		1	
8	ein Andenken an seinen eingeschläferen Hund	9				
9	die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums	7	1		1	
10	einen Sarg o. eine Urne für das Tier	6	2		1	
11	die Adresse eines Psychologen o. Beraters					
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläfere	7	2			
12	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung direkt nach der Einschläferung zu begleichen	3	3	1	2	
13	Während des Einschläfern s biete ich dem Besitzer von mir aus nicht an, beim Einschläfern anwesend zu sein	5	1	2	1	
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten	8		1		
15	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt	6	2		1	
16	Während des Einschläfern s lasse ich die Anwesenheit eines Kindes nicht zu	6		1	2	

Tabelle 9.4-1, Fortsetzung: Relevanzbeurteilung durch benannte Experten.

Nr.	Item	Häufigkeit der Beurteilung				
		sehr relevant	relevant	wenig relevant	nicht relevant	keine Angabe
	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert					
17	versuche ich, darüber hinweg zu gehen	5		1	3	
18	versuche ich, den Besitzer zu trösten	8	1			
19	empfinde ich das als unangenehm	5		1	3	
20	fühle ich mich häufig hilflos	6		1	2	
21	empfinde ich das als selbstverständlich	8			1	
22	ärger mich das	5			4	
23	werde ich manchmal ebenfalls traurig	7		2		
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen Telefonanruf aus	5	2		2	
	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig:					
25	guter Umgang mit dem Tier	9				
26	guter Umgang mit dem Besitzer	9				
27	Wenn sich im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>	6	1	2		
	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde					
28	ich versuchen, darüber hinweg zu gehen	5	1		3	
29	ich versuchen, das Teammitglied zu trösten	6	2	1		
30	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen	5	1		3	
31	ich das als unangenehm empfinden	4	1	1	3	
32	ich mich manchmal hilflos fühlen	4	2		3	
33	ich das als selbstverständlich empfinden	4	3	2		
34	es mich ärgern	4	1	1	3	
35	ich manchmal ebenfalls traurig werden	5	2	1	1	
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	8	1			
	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe,					
37	fühlte ich mich manchmal schuldig	6	2		1	
38	war die technische Durchführung für mich selten schwierig	6		3		
39	war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	6		3		

Tabelle 9.4-1, Fortsetzung: Relevanzbeurteilung durch benannte Experten.

Nr.	Item	Häufigkeit der Beurteilung				
		sehr relevant	relevant	wenig relevant	nicht relevant	keine Angabe
40	Bei Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u> fühle ich mich manchmal schuldig	6	1		2	
41	ist die technische Durchführung für mich selten schwierig	8	1			
42	ist der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	8		1		
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauern-den</u> Besitzer)	8		1		
44	Ich nehme an, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren Tieres nicht mehr konsultiert hat	7	2			
45	Über meine Gefühle, die mit dem Einschläfern zusammenhängen, spreche ich im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner/in, Familie, Freunden usw.)	8			1	
46	im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	8		1		
47	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für unprofessionell	5		1	3	
48	wohltuend für mich	8		1		

Eine Gruppierung der Relevanzeinschätzung mit deutlicher Gewichtung im Bereich „sehr relevant“ und „relevant“ wird offensichtlich, wobei die Aufgaben Nr. 8, 25, 26 einstimmig von allen Experten als sehr relevant eingestuft wurden. Am unsichersten bezüglich einer möglichen Relevanz waren die Befragten bei den Items Nr. 22, 31 und 34. Bei diesen Aufgaben war das Urteil „nicht relevant“ besonders häufig. Bei knapp der Hälfte aller Items (23 von den insgesamt 48) hatte sich keiner der Befragten für die Bewertung „nicht relevant“ entschieden. Bei jedem einzelnen Item war die

Mehrzahl der benannten Experten der Ansicht, dass es sich um ein „relevantes“ bis „sehr relevantes“ Item handelte.

9.5 Rohwertermittlung

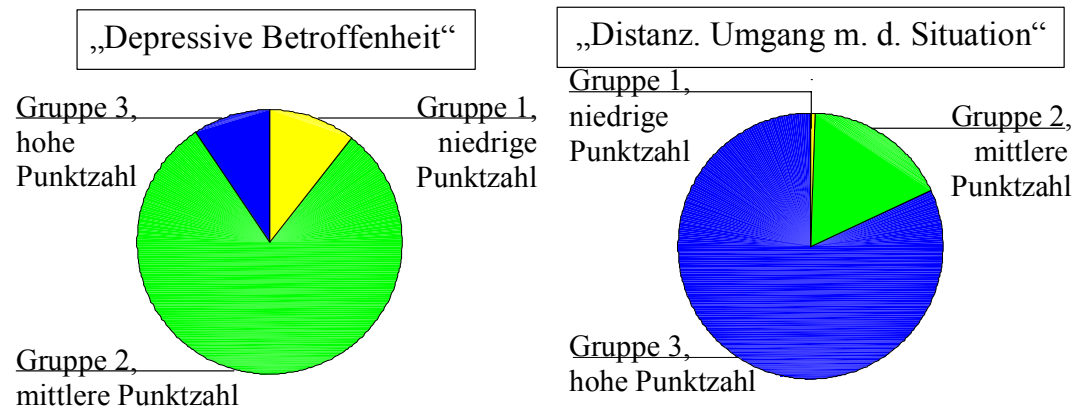
Für jeden Teilnehmer werden seine Rohwerte errechnet. Dies geschieht durch Addition der für die Merkmalsausprägungen erzielten Punkte der Items, die gemeinsam zur Erfassung einer Skala beitragen. Das Gesamtergebnis einer Person wird durch Zusammenzählen der Punktskamen beider Skalen ermittelt.

Tabelle 9.5-1: Beispiel der Rohwertermittlung für 3 Teilnehmer mit geringer, mittlerer und hoher Gesamtpunktzahl

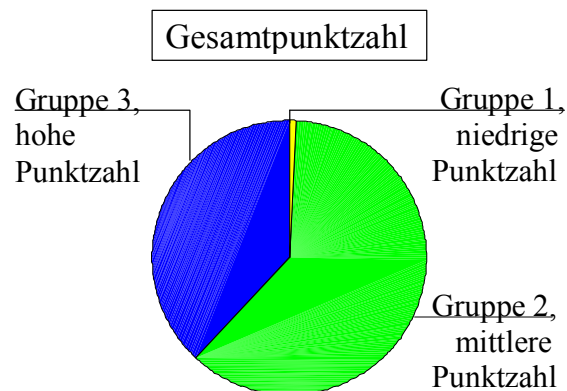
Teilnehmer Nr.	Punktskamen Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	Punktskamen Skala 2 „Distanzierender Umgang mit der Situation“	Gesamtpunkte Skala 1 und Skala 2
5	14	34	48
31	41	48	90
76	52	60	112
Mittelwert Gesamterhebung N = 315	42,10	50,69	92,78

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden für jede Skala aus der Spanne der theoretisch möglichen Rohwerteverteilung drei gleich große Punktbereiche erstellt, anhand derer eine Einordnung der Tierärzte in Gruppen verschieden ausgeprägter sozialer Kompetenz erleichtert wurde, je nach dem, ob sie über hohe, mittlere und niedrige Punktwerte verfügten. Als

Kreisdiagramm stellen sich die Kompetenzausprägungen der zur Normstichprobe gehörenden Tierärzte dar wie folgt:



Abbildungen 9.5-1: Graphische Darstellung der prozentualen Verteilung innerhalb der Normstichprobe auf die verschiedenen Punkte- bzw. Kompetenzgruppen für beide Skalen



Abbildungen 9.5-2: Graphische Darstellung der prozentualen Verteilung innerhalb der Normstichprobe auf die verschiedenen Punkte- bzw. Kompetenzgruppen für den Gesamttest.

9.6 Überprüfung der Arbeitshypothesen

9.6.1 Geschlecht und soziale Kompetenz

Tabelle 9.6-1: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden.

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	männlich	166	39,79	8,41	0,65
	weiblich	147	44,69	6,85	0,57
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	männlich	166	49,51	6,58	0,51
	weiblich	147	52,02	5,41	0,45
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	männlich	166	89,30	11,85	0,92
	weiblich	147	96,71	8,69	0,72

Die auf die errungene Gesamtpunktzahl bezogenen Mittelwerte der männlichen Teilnehmer liegen mit $M = 39,79$ bzw. $49,51$ und $89,30$ immer unter denen der weiblichen Tierärzte ($44,69$, $52,02$ und $96,71$). Ihre Standardabweichung ist durchweg größer als die der Kolleginnen. Mit $t(308,89) = 5,67$, $p < .01$ und $t(309,34) = 3,71$, $p < .01$ liegt die soziale Kompetenz männlicher Tierärzte bezogen auf die depressive Betroffenheit und den distanzierenden Umgang mit der Situation hochsignifikant unter der der weiblichen Kollegen. Gleiches gilt folglich für die durch beide Skalen erfasste Gesamtkompetenz mit $t(311) = 6,24$, $p < .01$.

Tabelle 9.6-2: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden.

		Levene-Test der Varianz- gleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signi- fikanz	T	df	Signif. (2-seitig)	Mittl. Diff.	Std.- fehler d. Diff.	95 % Konfidenz- intervall der Differenz	
									untere	obere
Skala 1 „Depressive Betroffen- heit“	Varianzen gleich	3,09	.08	5,60	311,00	.00	-4,90	0,87	-6,62	-3,18
	Varianzen nicht gleich			5,67	308,89	<u>.00</u>	-4,90	0,86	-6,60	-3,20
Skala 2 „Distanz. Umgang m. d. Situation“	Varianzen gleich	3,33	.07	3,67	311,00	.00	-2,51	0,69	-3,86	-1,17
	Varianzen nicht gleich			3,71	309,34	<u>.00</u>	-2,51	0,68	-3,85	-1,18
Skala 1 + 2 Gesamt- punktzahl	Varianzen gleich	6,23	.01	6,24	311,00	<u>.00</u>	-7,41	1,19	-9,75	-5,08
	Varianzen nicht gleich			6,36	300,79	.00	-7,41	1,17	-9,71	-5,12

9.6.2 Alter und soziale Kompetenz

Insgesamt hatten 313 Personen ihr Alter angegeben. Wie in der Arbeitshypothese b) gefordert, war eine Zuordnung der Testteilnehmer in drei Altersgruppen vorgenommen worden. Die Altersgruppen umfassten eine Zeitspanne von etwa 10 oder mehr Jahren, wobei darauf geachtet wurde, dass jede Gruppe ausreichend groß war, um eine statistisch valide Aussage treffen zu können.

Altersgruppe 1: ≤ 39 Jahre;

Altersgruppe 2: 40 bis 49 Jahre;

Altersgruppe 3: ≥ 50 Jahre.

Tabelle 9.6-3: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit von der Altersgruppe.

	Alters- gruppe	N	Mittelw.	Std.-ab- weich.	Std.- fehl.	95 %- Konfidenzintervall für den Mittelwert		Min.	Max.
						Unter- grenze	Ober- grenze		
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	1	165	42,78	8,34	0,65	41,50	44,06	14	61
	2	96	40,58	8,19	0,84	38,92	42,24	19	59
	3	52	42,65	6,71	0,93	40,79	44,52	16	59
	gesamt	313	42,09	8,09	0,46	41,19	42,99	14	61
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	1	165	50,71	5,68	0,44	49,84	51,58	32	60
	2	96	51,53	6,67	0,68	50,18	52,88	25	60
	3	52	49,15	6,41	0,89	47,37	50,94	34	60
	gesamt	313	50,70	6,15	0,35	50,02	51,39	25	60
Skala 1 + 2 Gesamt- punktzahl	1	165	93,49	10,94	0,85	91,81	95,17	48	117
	2	96	92,11	12,08	1,23	89,67	94,56	45	113
	3	52	91,81	9,65	1,34	89,12	94,49	63	112
	gesamt	313	92,79	11,10	0,63	91,55	94,02	45	117

Es zeigt sich, dass die Tierärzte mittleren Alters bezogen auf ihre depressive Betroffenheit im Mittel eine niedrigere Sozialkompetenz aufweisen ($M = 40,58$), als die Kollegen jüngeren oder fortgeschrittenen Alters ($M = 42,78$ bzw. $M = 42,65$). Bezogen auf die soziale Kompetenz beim distanzierenden Umgang mit der Situation hingegen weisen die Tierärzte mittleren Alters jedoch durchschnittlich höhere Werte als die übrigen Kollegen auf. Bei der einfaktoriellen ANOVA erwiesen sich die Mittelwertunterschiede jedoch als nicht signifikant.

Tabelle 9.6-4: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit von der Altersgruppe.

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signi- fikanz
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	zwischen den Gruppen	313,42	2	156,71	2,42	<u>.09</u>
	innerhalb der Gruppen	20089,25	310	64,80		
	gesamt	20402,67	312			

Tabelle 9.6-4, Fortsetzung: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit von der Altersgruppe.

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signi- fikanz
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	zwischen den Gruppen	190,66	2	95,33	2,55	.08
	innerhalb der Gruppen	11600,71	310	37,42		
	gesamt	11791,37	312			
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	zwischen den Gruppen	175,03	2	87,52	0,71	.49
	innerhalb der Gruppen	38251,05	310	123,39		
	gesamt	38426,08	312			

9.6.3 Berufserfahrung und soziale Kompetenz

Insgesamt hatten 309 Testteilnehmer Angaben zu ihrer Berufserfahrung mit Kleintieren gemacht. Erneut wurden die Teilnehmer in 3 Gruppen eingeteilt. Dabei umfasste jede der drei Gruppen eine ähnlich große Zeitspanne wie bei der zuvor vorgenommenen Unterteilung in Altersgruppen:

Gruppe 1: ≤ 10 Jahre;

Gruppe 2: 11 bis 20 Jahre;

Gruppe 3: ≥ 21 Jahre.

Tabelle 9.6-5: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit von der Berufserfahrung mit Kleintieren.

	Gruppe der Tätig- keits- dauer	N	Mittelw.	Std.-ab- weich.	Std.- fehl.	95 %- Konfidenzintervall für den Mittelwert		Min.	Max.
						Unter- grenze	Ober- grenze		
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	1	192	42,69	8,29	0,60	41,51	43,87	14	61
	2	84	41,20	7,99	0,87	39,47	42,94	19	59
	3	33	41,73	6,52	1,14	39,42	44,04	16	56
	gesamt	309	42,18	8,04	0,46	41,28	43,08	14	61

Tabelle 9.6-5, Fortsetzung: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit von der Berufserfahrung mit Kleintieren.

	Gruppe der Tätigkeitsdauer	N	Mittelw.	Std.-abweich.	Std.-fehl.	95 %-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Min.	Max.
						Untergrenze	Obergrenze		
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	1	192	50,85	5,87	0,42	50,02	51,69	32	60
	2	84	50,68	6,50	0,71	49,27	52,09	25	60
	3	33	50,76	6,59	1,15	48,42	53,09	34	60
	gesamt	309	50,80	6,10	0,35	50,11	51,48	25	60
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	1	192	93,54	11,25	0,81	91,94	95,14	48	117
	2	84	91,88	11,04	1,20	89,49	94,28	45	112
	3	33	92,48	9,66	1,68	89,06	95,91	63	106
	gesamt	309	92,98	11,03	0,63	91,74	94,21	45	117

Innerhalb aller drei Skalen weisen die Teilnehmer mit kürzester Tätigkeitsdauer im Mittel die höchste Kompetenzausprägung auf. Die einfaktorielle ANOVA macht jedoch deutlich, dass die Mittelwertunterschiede der wenig Berufserfahrenen verglichen mit den geübteren Kollegen bei $p > .05$ nicht signifikant sind. Aus diesem Grund erübrigt sich ein Post-Hoc-Test, der eine weitere Differenzierung der signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ermöglichen würde

Tabelle 9.6-6: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit von der Berufserfahrung mit Kleintieren.

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	zwischen den Gruppen	136,50	2	68,25	1,06	.35
	innerhalb der Gruppen	19773,36	306	64,62		
	gesamt	19909,85	308			
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	zwischen den Gruppen	1,86	2	,93	,03	.98
	innerhalb der Gruppen	11474,30	306	37,50		
	gesamt	11476,16	308			

Tabelle 9.6-6, Fortsetzung: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit von der Berufserfahrung mit Kleintieren.

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signi- fikanz
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	zwischen den Gruppen	170,12	2	85,06	,70	.50
	innerhalb der Gruppen	37276,72	306	121,82		
	gesamt	37446,84	308			

9.6.4 Ausrichtung der Praxis und soziale Kompetenz

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die vier Praxisformen, von denen die zutreffende im Fragebogen anzukreuzen war, durch Umkodierung zu zwei Bereichen zusammengefasst. So wird im Folgenden eine Berufsausübung ausschließlich an Kleintieren dem Tätigkeitsbereich „Kleintier“ zugeordnet. Beschäftigt sich ein Tierarzt neben den Kleintieren auch mit Großvieh, so fällt er dem Tätigkeitsbereich „Gemischt“ zu.

Tabelle 9.6-7: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich der Probanden.

	Tätigkeits- bereich	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	Kleintier	183	42,81	6,62	0,49
	Gemischt	132	41,11	9,65	0,84
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	Kleintier	183	51,40	5,93	0,44
	Gemischt	132	49,70	6,42	0,56
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	Kleintier	183	94,21	9,48	0,70
	Gemischt	132	90,80	12,76	1,11

In allen drei Skalen liegen die Mittelwerte der im Kleintierbereich Tätigen mit $M = 42,81$ bzw. $51,40$ und $94,21$ deutlich höher als die der in einer Gemischtpraxis Beschäftigten ($41,12$, $49,70$ und $90,80$). Bezogen auf die depressive Betroffenheit weisen Kleintierärzte mit $t(313) = 1,86$, $p < .05$ eine signifikant höhere Sozialkompetenz auf als die Gemischtpraktiker. In der Kompetenz des distanzierenden Umgangs mit der Situation und der mit beiden Skalen erfassten Gesamtkompetenz sind Kleintierpraktiker ihren Kollegen aus der Gemischtpraxis mit $t(268,57) = 2,4$, $p < .01$ beziehungsweise $t(313) = 2,72$, $p < .01$ sogar hochsignifikant überlegen.

Tabelle 9.6-8: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich der Probanden.

		Levene-Test der Varianz- gleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signi- fikanz	T	df	Signif. (2-seitig)	Mittl. Diff.	Std.- fehler d. Diff.	95 % Konfidenz- intervall der Differenz	
									untere	obere
Skala 1 „Depressive Betroffen- heit“	Varianzen gleich	20,1	.00	1,86	313,00	<u>.06</u>	1,70	0,92	-0,10	3,51
	Varianzen nicht gleich			1,75	217,01	.08	1,70	0,97	-0,21	3,62
Skala 2 „Distanz. Umgang m. d. Situation“	Varianzen gleich	1,8	.18	2,43	313,00	.02	1,70	0,70	0,32	3,08
	Varianzen nicht gleich			2,40	268,57	<u>.02</u>	1,70	0,71	0,30	3,10
Skala 1 + 2 Gesamt- punktzahl	Varianzen gleich	10,1	.00	2,72	313,00	<u>.01</u>	3,40	1,25	0,94	5,87
	Varianzen nicht gleich			2,59	229,81	.01	3,40	1,31	0,82	5,99

9.6.5 Einzugsgebiet der Praxis und soziale Kompetenz

Es soll überprüft werden, ob ähnliche Differenzen auch zu Tage treten, wenn man die Kollegen nach dem Einzugsgebiet ihrer Praxis unterscheidet.

Wieder werden die im Fragebogen gestellten Antwortmöglichkeiten zu zwei Gruppen umkodiert. So werden solche Praxen zusammengefaßt, deren Einzugsbereiche ländlich und städtisch etwa zu gleichen Teilen oder eher städtisch sind. Aufgrund ihres mehr oder weniger stark vorhandenen urbanen Einflusses werden sie im Folgenden als „städtisch“ bezeichnet. Tierärzte, die ihren Einzugsbereich als eher ländlich beurteilt haben, fallen unter das Einzugsgebiet „ländlich“.

Tabelle 9.6-9: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit vom Einzugsgebiet der Praxis.

	Einzugs- gebiet	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	ländlich	102	41,59	9,17	0,91
	städtisch	213	42,34	7,49	0,51
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	ländlich	102	49,44	6,99	0,69
	städtisch	213	51,28	5,68	0,39
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	ländlich	102	91,03	13,32	1,32
	städtisch	213	93,62	9,76	0,67

In allen drei Skalen weisen die Kollegen aus Praxen mit „städtischem“ Einzugsgebiet höhere Mittelwerte auf ($M = 42,34$ bzw. $51,28$ und $93,62$) als die Kollegen aus „ländlichen“ Gebieten. Mit $t(313) = -0,77$, $p > .05$ ist der Unterschied zwischen den Praktikern bezogen auf die depressive Betroffenheit nicht signifikant. Daraus ergibt sich für den distanzierenden Umgang mit der Situation mit $t(313) = -2,49$, $p < .01$ eine hochsignifikante Überlegenheit der Tierärzte in Praxen mit städtischem Einzugsgebiet. Bezogen auf die durch beide Skalen erfasste Merkmalsausprägung weisen sie gegenüber ihren Kollegen mit ländlichem Einzugsgebiet einen signifikanten Vorsprung in ihrer Sozialkompetenz auf ($t(313) = -1,95$, $p < .05$).

Tabelle 9.6-10: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit vom Einzugsgebiet der Praxis.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Signif. (2-seitig)	Mittl. Diff.	Std.-fehler d. Diff.	95 % Konfidenzintervall der Differenz	
									untere	obere
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	Varianzen gleich	2,83	.09	-0,77	313,00	.44	-0,75	,97	-2,66	1,16
	Varianzen nicht gleich			-0,72	167,70	.47	-0,75	1,04	-2,81	1,31
Skala 2 „Distanz. Umgang m. d. Situation“	Varianzen gleich	4,91	.03	-2,49	313,00	<u>.01</u>	-1,84	,74	-3,29	-0,39
	Varianzen nicht gleich			-2,32	166,90	.02	-1,84	,79	-3,41	-0,27
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	Varianzen gleich	5,85	.02	-1,95	313,00	<u>.05</u>	-2,59	1,33	-5,20	0,02
	Varianzen nicht gleich			-1,75	154,78	.08	-2,59	1,48	-5,51	0,33

9.6.6 Euthanasiesituation und soziale Kompetenz

Hier gilt es nun, die Beantworter der Fragebogens zur unerwarteten Euthanasie in Notfallsituationen mit solchen Erhebungsteilnehmern zu vergleichen, die sich im Fragebogen zu den erwarteten Einschläferungen beispielsweise nach einer längeren Krankheit des Tieres geäußert hatten.

Tabelle 9.6-11: Mittelwertvergleich in Abhängigkeit von der Situation der Euthanasie.

	Situation	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	unerwartet	168	42,67	7,68	0,59
	erwartet	147	41,44	8,46	0,70
Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	unerwartet	168	50,77	5,90	0,45
	erwartet	147	50,59	6,52	0,54
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	unerwartet	168	93,44	9,93	0,77
	erwartet	147	92,03	12,26	1,01

In allen drei Skalen liegen die Mittelwerte der Teilnehmer höher, die nach der unerwarteten, sofort notwendigen Einschläferung befragt worden waren, als die Mittelwerte der Kollegen, die sich bei der Beantwortung des Fragebogens auf die Situationen des erwarteten, vorbereiteten Einschläferns bezogen hatten. Mit $p > .05$ sind diese Unterschiede jedoch nicht als signifikant zu bezeichnen.

Tabelle 9.6-12: Unterschiede der sozialen Kompetenz in Abhängigkeit von der Situation der Euthanasie.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Signif. (2-seitig)	Mittl. Diff.	Std.-fehler d. Diff.	95 % Konfidenzintervall der Differenz	
									untere	obere
Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	Varianzen gleich	0,17	.68	1,36	313,00	.18	1,24	0,91	-0,55	3,03
	Varianzen nicht gleich			1,35	297,26	.18	1,24	0,92	-0,56	3,04
Skala 2 „Distanz. Umgang m. d. Situation“	Varianzen gleich	0,78	.38	0,25	313,00	.80	0,18	0,70	-1,20	1,55
	Varianzen nicht gleich			0,25	296,92	.80	0,18	0,70	-1,21	1,56
Skala 1 + 2 Gesamtpunktzahl	Varianzen gleich	2,64	.11	1,13	313,00	.26	1,41	1,25	-1,05	3,88
	Varianzen nicht gleich			1,11	280,72	.27	1,41	1,27	-1,08	3,92

9.6.7 Zahl der Hundeeuthanasien und soziale Kompetenz

Die Korrelation bezieht sich auf alle 298 Teilnehmer der Erhebung, die eine Aussage über die Anzahl ihrer Einschläferungen gemacht hatten. Es zeigt sich, dass zwischen der Anzahl der Einschläferungen pro Monat und dem Ausmaß der sozialen Kompetenz mit $p > .05$ kein signifikanter Zusammenhang besteht.

Tabelle 9.6-13: Bivariate Korrelation der Skalenwerte mit der monatlichen Anzahl der Einschläferungen.

		Anzahl der Einschläferungen pro Monat
Summe Skala 1: „Depressive Betroffenheit“	Korrelation nach Pearson	-0,06
	Signifikanz	.32
Summe Skala 2: „Dist. Umgang mit der Situation“	Korrelation nach Pearson	-0,01
	Signifikanz	.88
Gesamtpunktzahl Skala 1 + Skala 2	Korrelation nach Pearson	-0,05
	Signifikanz	.42

9.7 Häufigkeit kompetenten Handels bezogen auf einzelne Aspekte der Tiereuthanasie

Neben der Überprüfung der gesamten Sozialkompetenz in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wurde ergänzend festgestellt, wie viele Teilnehmer sich in einzelnen Aspekten der Tiereuthanasie gemäß den Empfehlungen der Wissenschaftler verhalten. Hierzu wurde die Antwortverteilung vorwiegend zu solchen Items betrachtet, die das Tun des Tierarztes und nicht sein Fühlen erfragen.

Tabelle 9.7-1: Häufigkeit der Antwortverteilung einzelner Items.

Nr.	Item	Antwortverteilung N = 315	
		in Schlüssel- richtung	entgegen Schlüssel- richtung oder unentschlossen
2	Meistens benutze ich <u>keine Prämedikation</u> zum Einschläfern	25,1 %	74,9 %
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich: klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal)	56,5 %	43,5 %
4	T 61	34,6 %	65,4 %
5	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle, die <u>nicht</u> in der <u>kaudalen</u> Körperhälfte liegt	13,7 %	86,3 %

Tabelle 9.7-1, Fortsetzung: Häufigkeit der Antwortverteilung einzelner Items.

Nr.	Item	Antwortverteilung N = 315	
		in Schlüssel- richtung	entgegen Schlüssel- richtung oder unentschlossen
6	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“	18,1 %	81,9 %
7	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen: ein Andenken an seinen eingeschlaferten Hund	47,9 %	52,1 %
8	die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums	69,8 %	30,2 %
9	einen Sarg o. eine Urne für das Tier	9,2 %	90,8 %
10	die Adresse eines Psychologen o. Beraters	8,3 %	91,7 %
11	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich einschläferne	85,4 %	14,6 %
12	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung <u>direkt nach</u> der Einschläferung zu begleichen	44,8 %	55,2 %
13	Während des Einschläferens biete ich dem Besitzer von mir aus <u>nicht</u> an, beim Einschläfern anwesend zu sein	65,7 %	34,3 %
14	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten	64,1 %	35,9 %
15	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt	64,1 %	35,9 %
16	Während des Einschläferens lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu	38,4 %	61,6 %
24	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus	13,0 %	87,0 %
36	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	67,6 %	32,4 %
43	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)	56,5 %	43,5 %

Überdurchschnittlich häufig trafen die Probanden zu den Items Nr. 3, 8, 11, 13, 14, 15 und 36 eine Aussage, die sich mit den Empfehlungen der Fachleute deckt. Entgegen der Schlüsselrichtung wurden von der Mehrzahl

der Teilnehmer die Items Nr. 2, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 16 und 24 beantwortet. Relativ ausgewogen war die Antwortverteilung der Teilnehmer zum Item Nr. 7.

9.8 Überprüfung der Repräsentativität des Meßinstruments

Um die Aussagekraft des Messinstrumentes abschätzen zu können, wurden die Daten der erstellten Normstichprobe mit denen der deutschen Tierärzteschaft je nach Praxisausrichtung verglichen.

Tabelle 9.8-1: Alters- und Geschlechterverteilung der Normstichprobe im Vergleich zur deutschen Tierärzteschaft, bezogen auf die Kleintierpraxis.

Alter in Jahren	Kleintierpraxis			
	Angaben laut Deutschem Tierärzteblatt, Stand 31.12.1998		Normstichprobe	
	gesamt N = 3702	davon weiblich	gesamt N = 120	davon weiblich
bis 29	1,70 %	1,30 %	2,50 %	1,70 %
30-39	39,30 %	23,80 %	39,30 %	23,30 %
40-49	37,30 %	20,40 %	36,90 %	19,20 %
50-59	16,40 %	6,70 %	15,60 %	5,80 %
60-65	3,00 %	0,90 %	3,30 %	0,80 %
über 65	2,30 %	0,60 %	0,80 %	0,00 %

Tabelle 9.8-2: Alters- und Geschlechterverteilung der Normstichprobe im Vergleich zur deutschen Tierärzteschaft, bezogen auf die Gemischtpraxis.

Alter in Jahren	Gemischtpraxis			
	Angaben laut Deutschem Tierärzteblatt, Stand 31.12.1998		Normstichprobe	
	gesamt N = 6100	davon weiblich	gesamt N = 98	davon weiblich
bis 29	0,80 %	0,40 %	1,00 %	1,00 %
30-39	24,10 %	6,60 %	30,60 %	11,20 %
40-49	34,40 %	5,00 %	39,80 %	9,20 %
50-59	28,50 %	1,70 %	23,30 %	0,00 %
60-65	8,50 %	0,20 %	4,10 %	0,00 %
über 65	3,70 %	0,10 %	1,00 %	0,00 %

Für die Teilnehmer der beide Tätigkeitsbereiche umfassenden Gesamtnormstichprobe wurden die durchschnittlichen Rohwertsummen für Skala 1 und 2 und der Gesamtrohwert ermittelt den entsprechenden Werten der gesamten erfassten Population gegenüber gestellt.

Tabelle 9.8-3: Vergleich der mittleren Rohwertsummen der Normstichprobe mit denen der erfassten Gesamtpopulation.

	Mittelwerte		
	Rohwertsumme Skala 1 „Depressive Betroffenheit“	Rohwertsumme Skala 2 „Distanz. Umgang mit der Situation“	Gesamtrohwert Skala 1 + Skala 2
Normstichprobe N = 220	41,50	50,55	92,05
erfasste Gesamtpopulation N = 315	42,10	50,69	92,78

Es wird ersichtlich, dass sich die Mittelwerte der Normstichprobe nur minimal von den Vergleichswerten der erfassten Gesamtpopulation unterscheiden. Mit 41,50 für Skala 1, mit 50,55 für Skala 2 und mit 92,05 für die Gesamtpunkte aus Skala 1 und 2 liegen die durchschnittlichen Rohwerte der Personen der Normstichprobe geringfügig unter den Werten der gesamten erfassten Teilnehmer.

10. Diskussion

Bei der Diskussion der vorliegenden Untersuchung werden zunächst die Ergebnisse der Item- und Skalenanalyse interpretiert. Nach einer näheren Betrachtung der Gütekriterien des Tests und Anmerkungen zur Entstehung der Testendform wird auf die Repräsentativität der vorliegenden Untersuchung eingegangen. Anschließend soll diskutiert werden, welche Rückschlüsse die Erhebung auf die gegenwärtige tierärztliche Kompetenz in Euthanasiesituationen zulässt. Nach einem Hinweis auf Umsetzungsprobleme und Besonderheiten bei der systematischen Erfassung und Bewertung des Merkmals werden Wege aufgezeigt, die zu einer Verbesserung der tierärztlichen Sozialkompetenz im Umgang mit Euthanasiesituationen führen können.

10.1 Item- und Skalenanalyse

Die volle *Ausnutzung der Rating-Skala* durch die Probanden deutet darauf hin, dass die Aufgaben weder zu schwer noch zu leicht waren. Darüber hinaus kann aufgrund dieser gleichmäßig breiten Streuung angenommen werden, dass die vorliegende Rating-Skala eine gute Differenzierung der Merkmalsausprägung ermöglicht. Auffallend war, dass für die Skala der depressiven Betroffenheit überwiegend durchschnittliche Punktwerte, für die Skala des distanzierenden Umgangs mit der Situation hohe Punktwerte erzielt wurden. Aufgrund dieser Kumulation starker Merkmalsausprägungen ist die Ausnutzung der Rating-Skala als nicht optimal zu bewerten.

Die Betrachtung des *mittleren* angekreuzten *Punktwertes* bestätigt dies. Für die Gesamterhebung liegt er deutlich höher, als bei einer Normalverteilung auf einer fünfstufigen Rating-Skala zu erwarten wäre. Innerhalb der Skala 2 liegen die erreichten Punktwerte noch höher. Entsprechend niedrig war die *Standardabweichung* besonders für die Items Nr. 18 und 19. Eine mögliche Ursache für die überwiegend hohen erzielten Punktwerte kann darin liegen, dass mit der vorliegenden Erhebung die Selbsteinschätzung der Tierärzte erfasst wurde. Es ist anzunehmen, dass sich vorwiegend solche Kollegen um die Beantwortung des Fragebogens bemüht hatten, die über eine große Motivation – möglicherweise herrührend von einer hohen Selbsteinschätzung zu diesem Thema – verfügten.

Minimal-, Mittel- und Maximalwerte sowie die Standardabweichung geben nicht immer ein exaktes Bild der tatsächlichen Antwortverteilung in einer Rating-Skala. Ein Beispiel dazu liefert der Vergleich der Items Nr. 3 und 48.

Tabelle 10.1-1: Antwortverteilung innerhalb der Rating-Skala für die Items Nr. 3 und 48.

Nr.	Item	Mittelwert	Std.-abweichung	erzielter Punktwert				
				1	2	3	4	5
3	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich klassische Barbiturate wie Pentobarbital	3,32	1,76	101	12	24	40	138
48	Vor einem Teammitglied halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für wohltuend für mich	3,34	1,04	21	32	121	101	40

Beide Aufgaben weisen einen nahezu identischen Mittelwert von $M = 3,32$ und $M = 3,34$ und eine ähnliche Standardabweichung von $SD = 1,04$ bzw. $SD = 1,76$ auf. Minimum und Maximum liegen bei diesen wie auch bei

allen anderen Items bei 1,00 und 5,00. Aufgrund dieser Werte könnte von einer nahezu deckungsgleichen Antwortverteilung für beide Items ausgegangen werden. Ein Histogramm mit eingefügter Normalverteilungskurve für beide Items macht jedoch den Unterschied in der Antwortverteilung beider Aufgaben deutlich:

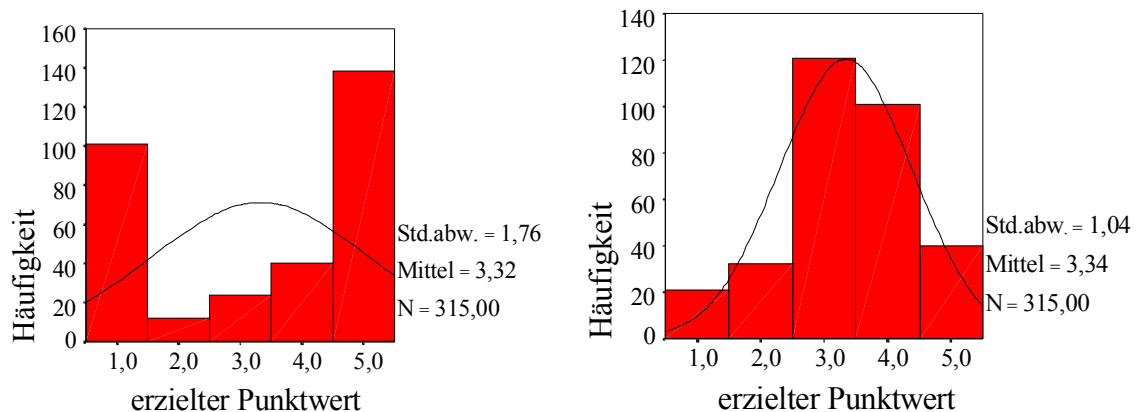


Abbildung 10.1-1: Histogramme zum Vergleich der Antwortverteilungen bei den Items Nr. 3 und 48.

Bei Item Nr. 48 liegt der am häufigsten von den Teilnehmern erzielte Punktwert bei 3. Zu beiden Seiten hin fallen die Punktwerte ab. Es kann von einer Annäherung an die Normalverteilung gesprochen werden. Die Standardabweichung des Items Nr. 3 stellt sich deutlich anders dar. Minimal- und der Maximalwert weisen eine besonders hohe Antworthäufigkeit auf, während mittlere Merkmalsausprägungen nur von wenigen Teilnehmern erzielt wurden. Aus diesem Grund hat das Item eher dichotomen Charakter und bedarf keiner Rating-Skala.

Während die *Aufgabenschwierigkeit* für die Gesamterhebung im mittleren Bereich liegt, ist sie für den distanzierenden Umgang mit der Situation eher

als niedrig zu bewerten. Dieses Ergebnis war aufgrund der oben erläuterten Kumulation hoher Punktwerte zu erwarten.

Anhand des *Trennschärfekoeffizienten* wurde ermittelt, wie stark jedes einzelne Item zwischen einer starken und einer schwachen Merkmalsausprägung differenziert. Der korrigierte Trennschärfewert schließt eine Scheinkorrelation aus, indem eine Korrelation der Punktwerte eines Einzelitems zu allen anderen Aufgaben der Skala oder des Gesamttestes außer des Items zu sich selbst errechnet wird. Die Items Nr. 2, 15, und 16 weisen extrem niedrige Trennschärfekoeffizienten innerhalb der Gesamterhebung auf. Demzufolge liefert die Nichtbenutzung einer Prämedikation, das Angebot an den Besitzer, sein Tier selbst zu entsorgen wie auch das Tolerieren eines Kindes während einer Euthanasie keinen Hinweis auf den Ausprägungsgrad der sozialen Kompetenz des betreffenden Tierarztes. Mögliche Gründe hierfür können folgende sein:

- Die Frage nach der Prämedikation wurde unabhängig von der Frage nach dem eigentlichen Tötungsmittel gestellt. Es ist möglich, dass viele Tierärzte das Tier vor der Euthanasie sedieren, wie es unter anderem von HART et al. (1990) gefordert wird. Sofern die Praktiker dazu anstelle eines gesonderten Präparates jedoch das eigentliche Tötungsmittel in niedriger und langsam anflutender Dosierung verwenden, verstehen sie diesen Vorgang unter Umständen nicht als Prämedikation im eigentlichen Sinn. Es ist anzunehmen, dass in vielen Fällen das Nichtbenutzen der Prämedikation angegeben worden war, obwohl durch eine langsame Injektion des später als Überdosis verabreichten Barbiturates ein kompetentes Handeln erfolgte. Der angebliche Verzicht auf die von Fachleuten vielfach empfohlene sogenannte Prämedikation (siehe Kapitel 5.6.2) musste folglich kein Ausdruck mangelnder Kompetenz sein.
- Verzichtet ein Tierarzt auf das in der wissenschaftlichen Literatur (siehe Kapitel 5.6.3) empfohlene Angebot an den Besitzer, sein Tier selbst zu entsorgen, kann es sich dennoch um einen kompetenten Praktiker handeln. Es ist denkbar, dass besonders mitfühlende Tierärzte dem

Besitzer nicht aus freien Stücken anbieten, sein totes Tier mitzunehmen und sich um dessen Entsorgung selbst zu kümmern. Möglicherweise wird dem Besitzer ein solches Maß an Zeit zugestanden, dass er von sich aus diesen Wunsch äußern kann, ohne mehr oder weniger invasiv durch den Behandelnden darauf angesprochen worden zu sein.

- Tierärzte, die sich hinsichtlich der übrigen Sachverhalte als kompetent erwiesen haben, scheinen sich in der Handhabung einer möglichen Anwesenheit von Kindern bei der Tiereuthanasie nicht von ihren weniger kompetenten Kollegen zu unterscheiden. So kann es sich anscheinend auch dann um einen sozial kompetenten Tierarzt handeln, wenn er die Anwesenheit eines Kindes nicht gemäß der Empfehlung von GRÜNING (1999) (siehe Kapitel 5.6.5) zulässt. Eine genaue Erkenntnis der Beweggründe für oder gegen das Tolerieren eines Kindes vermag das Item Nr. 16 nicht zu liefern. So kann das Nicht-Dulden eines Kindes in einer unüberlegten, gleichgültigen oder abweisenden Haltung des Tierarztes oder aber in einer besonders intensiven Reflexion und dem Wunsch nach möglichst behutsamem Umgang mit dem Kind begründet sein.

Die Items Nr. 1-6, 8-16, 25, 26 und 44 finden ebenfalls keine Verwendung innerhalb der beiden Skalen, die mittels Faktorenanalyse ermittelt worden waren. Sie leisten also keinen Beitrag zur Erfassung der beiden Teilkonstrukte „Depressive Betroffenheit“ und „Distanzierender Umgang mit der Situation“.

Alle anderen Items weisen innerhalb ihrer Skala akzeptable, zum großen Teil sogar befriedigende bis gute Trennschärfekoeffizienten auf und leisten so einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung der beiden Teilkonstrukte.

10.2 Die Güte des Tests

10.2.1 Die Objektivität des Tests

Zu einem hohen Maß an *Durchführungsobjektivität* trug bei, dass die Arbeitsinstruktion für alle Testteilnehmer detailliert, mit Beispielen veranschaulicht und schriftlich fixiert war. Die Präsentationsform war bei allen Fragebögen identisch. Die Verschickung per Post und die Zugänglichmachung der Fragebögen im Internet erfolgte zeitgleich. Die Teilnahme der beantwortenden Personen vollzog sich in dem daran anschließenden Zeitraum von etwa drei Monaten. Insofern unterlagen die äußeren Durchführungsmodalitäten wie Raum und Zeit der Beantwortung keinen standardisierten Bedingungen. Eine über die Instruktion hinausgehende Interaktion der Erhebungsteilnehmer mit der untersuchenden Person fand nicht statt.

Eine gute *Auswertungsobjektivität* konnte dadurch erzielt werden, dass vom Versuchsteilnehmer lediglich vorformulierte Antwortmöglichkeiten gewählt werden konnten. Das gelegentlich in den Fragebogen eingefügte freie Antwortformat diente der Anwenderfreundlichkeit, wurde aber nicht in die Auswertung mit einbezogen. Den Merkmalsausprägungen der fünfstufigen Rating-Skala war jeweils ein bestimmter numerischer Wert zugeordnet und durch die Auswertungsschablone schriftlich fixiert worden. So konnte eine maximale Wahrscheinlichkeit erzielt werden, gleiche Ergebnisse auch entsprechend gleich zu deuten.

10.2.2 Die Reliabilität des Tests

Die Zuverlässigkeit, das heißt wie genau ein Merkmal gemessen werden kann, gilt als weiteres Gütekriterium eines Tests (DIEHL & KOHR, 1999). Die Reliabilität der vorliegenden Erhebung wurde überprüft mit Hilfe der Retest-Methode und Konsistenzanalyse.

10.2.2.1 Retest-Methode

Die Messgenauigkeit für das Teilkonstrukt der depressiven Betroffenheit ist als befriedigend, für den Bereich des distanzierenden Umgangs mit der Situation als gut zu bezeichnen. Die Übereinstimmung der Rohwerte aus der ersten und der zweiten Befragung ist für beide Teilbereiche hochsignifikant.

10.2.2.2 Konsistenzanalyse

Während bezogen auf die einzelnen Teilkonstrukte ein durchaus akzeptables Maß an innerer Konsistenz zu verzeichnen ist, ist sie für den Gesamttest im unteren Bereich anzusiedeln. Eine Optimierung des Cronbachs-Koeffizienten könnte durch die Verwendung revidierter Items mit höherer Trennschärfe erzielt werden.

10.2.3 Die Validität des Tests

Mit Hilfe des Experten-Ratings und der Faktorenanalyse wurde untersucht, inwieweit das Testergebnis einer Person tatsächlich Rückschluss auf den individuellen Ausprägungsgrad des zu untersuchenden Merkmals erlaubt.

10.2.3.1 Experten-Rating

Von der Mehrzahl der Experten wurde der Fragebogen in allen Items als überwiegend sehr relevant oder relevant eingestuft. Besonders unsicher waren sich die Fachleute in ihrer Relevanzeinschätzung bei zwei Items, die den Tierarzt nach dem Aufkommen eines Ärgergefühls in der beschriebenen Situation befragen. Möglicherweise ist für die Experten nicht ersichtlich, inwiefern ein Zusammenhang zwischen aufkommendem Ärger und dem sozial kompetenten Verhalten des Tierarztes bestehen kann. Eine andere Begründung für die häufige Beurteilung dieser Items als nicht relevant kann die Annahme sein, dass solche direktiven, für den Tierarzt unbequemen Fragen ohnehin von den Teilnehmern der Erhebung nicht wahrheitsgemäß beantwortet würden und daher innerhalb des Fragebogens nicht oder nicht in der vorliegenden Form zur Anwendung kommen sollten.

Hieraus leitet sich auch ein Kritikpunkt an der Form des Experten-Ratings ab. So war es den Befragten nicht möglich, in ihrer Beurteilung zwischen dem Inhalt des Items und seiner Form zu differenzieren. Um zusätzlich etwas über den Grund einer ablehnenden Beurteilung von Seiten der Experten zu erfahren und die so gewonnenen Erkenntnisse zur Optimierung

des Tests nutzen zu können, wäre eine zusätzliche Möglichkeit der freien Aufgabenbeantwortung hilfreich gewesen.

Eine der benannten Expertinnen hatte bemerkt, dass ihr die Verwendung der Begriffe „manchmal“ und „selten“ im Wortlaut der Items als ungünstig erscheine. Ursprünglich war mit der Verwendung dieser Begriffe beabsichtigt worden, das jeweilige Item abzuschwächen um einer Antwortverteilung von 50 % zustimmender und ebenso vieler ablehnender Antworten näher zu kommen. Bei genauerer Überlegung erscheinen diese Worte jedoch tatsächlich unpräzise. Besonders der Begriff „manchmal“ kann als Häufigkeitsangabe sehr verschieden aufgefaßt werden.

Ähnliche Verständnisschwierigkeiten bereiten laut Aussage einer anderen Expertin Fragen, die im verneinenden Modus gestellt werden. Ursache solcher Formulierungen war die Umformulierung der Items im Zuge der Pretest-Revision. Aus „... war der Umgang mit dem Besitzer für mich *oft* schwierig!“ wurde daraufhin ein „*selten* schwierig“.

Weiterhin wurde eine deutlichere Strukturierung der Items in Themenkomplexe gewünscht. Eine solche Unterteilung nach fachlicher Kompetenz, Kompetenz im Umgang mit dem Besitzer und dem Praxisteam und Selbstkompetenz war gegeben. Auf eine Sichtbarmachung dieser Strukturierung für den Anwender war jedoch verzichtet worden, um die befragte Person nicht in ihrer Konzentration einzuschränken und mit Fakten zu überlasten, die für sie ohnehin nicht von Bedeutung zu sein schienen. Es bleibt jedoch dahingestellt, ob eine sichtbare und nachvollziehbare Strukturierung nicht durch eine erhöhte Transparenz von den Teilnehmern eher als anwenderfreundlich empfunden worden wäre.

Von einer weiteren Expertin stammt der Hinweis, dass die ihr vorgelegte Antwortskala zur Beurteilung nicht ausreichend sei, „da aufgrund von persönlichen Geschichten sehr unterschiedliche Situationen auftreten können“, was durch das vorliegende Antwortformat nicht genügend Berücksichtigung fände. Auch hier könnte in zukünftigen Befragungen ein zusätzliches freies Antwortformat Abhilfe schaffen.

In einigen Antwortbögen der Expertenbefragung wie auch in ergänzenden Telefongesprächen mit diesen Personen entstand der Eindruck, dass die Experten während der gesamten Befragung oder auch nur bei einzelnen Items dazu tendierten, die Aufgaben nicht in ihrer Relevanz einzuschätzen sondern sie statt dessen sozusagen als Teilnehmer der Erhebung zu beantworten. Die eigentliche Zielsetzung war jedoch aus dem Anschreiben deutlich zu entnehmen.

10.2.3.2 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse machte deutlich, dass die als Arbeitshypothese erstellten vier Dimensionen der sozialen Kompetenz – fachliche Kompetenz, Kompetenz im Umgang mit dem Besitzer, dem Praxisteam und Selbstkompetenz – nicht in dieser Form bestätigt werden konnten. Statt dessen zeigte sich, dass im vorliegenden Fall zwei Faktoren zur Aufklärung des Konstruktes der sozialen Kompetenz beitragen. Diese beiden als Skalen bezeichneten Itemgruppen wurden im Hinblick auf ihre jeweils gemeinsame, inhaltliche Charakteristik benannt.

Skala 1, „*Depressive Betroffenheit*“ umfasst Items, die eine eher interpersonale Verarbeitung der Euthanasiesituation erfragen.

Skala 2, „*Distanzierender Umgang mit der Situation*“ fasst Aufgaben zusammen, die sich mit dem nach außen gezeigten Umgang des Tierarztes mit der Situation beschäftigen.

Die Skala „*Depressive Betroffenheit*“ setzt sich zusammen aus den 14 Items der Nummern 27, 35, 23, 45, 36, 20, 46, 43, 37, 48, 40, 7, 24, und 32 (aufgeführt nach absteigender Ladung). Die Skala „*Distanzierender Umgang mit der Situation*“ umfasst die 12 Aufgaben mit den Nummern 29, 18, 31, 34, 19, 28, 30, 47, 17, 22, 33, und 21.

Die übrigen 22 Aufgaben des Fragebogens zeigten keine ausreichende Ladung auf einen dieser beiden Faktoren und fanden deshalb nicht innerhalb einer Skala sondern nur als Einzelitems Beachtung.

Für das gesamte Testkonstrukt aus den 26 Aufgaben, die auf einen der beiden Faktoren laden, konnte eine hohe Validität erzielt werden. Die Erfassung der sozialen Kompetenz in Euthanasiesituationen kann dementsprechend bezogen auf die beiden Teilkonstrukte „*Depressive Betroffenheit*“ und „*Distanzierender Umgang mit der Situation*“ als empirisch gesichert angesehen werden. Weitere mögliche Teilbereiche des Gesamtkonstrukts der sozialen Kompetenz in der speziellen Situation waren jedoch durch die verbleibenden 26 Einzelitems des Fragebogens nicht wissenschaftlich erfass- und belegbar. Eine Weiterentwicklung der Erhebung könnte diesbezüglich zu weiteren Erkenntnissen verhelfen.

10.3 Entwicklung der Testendform

Die Items des Pretest-Fragebogens waren revidiert und zum Teil eliminiert worden. Die übrig gebliebenen Aufgaben wurden in die Testendform übernommen (siehe Kapitel 14.2 im Anhang). Auch das Deckblatt mit Testanweisungen und Anwendungsbeispiel sowie das Anschreiben mit einer Testinstruktion wurde aufgrund der durch den Pretest gewonnenen Erkenntnisse überarbeitet. Bei der Vervielfältigung der Fragebögen und Testanweisungen bzw. bei der Überführung in ein HTML-Format wurde neben verständlichen Formulierungen und übersichtlichem Layout darauf geachtet, dass alle Fragebögen sprachlich, inhaltlich und in ihrer äußeren Form identisch abgefasst waren. Um die Auswertungsobjektivität zu sichern und die Datenerfassung zu erleichtern, wurde ein Auswertungsschlüssel in Form einer Transparentfolie erstellt.

Kritisch anzumerken bleibt, dass bei der Überarbeitung der Pretestaufgaben bei einigen Items eine Umkodierung erfolgte. Dementsprechend wurden im Rahmen der Faktorenanalyse der Testendform nur in seltenen Ausnahmefällen negative Ladungswerte erzielt. Eine Umkodierung der aus den Merkmalsausprägungen abgeleiteten Daten zu diesem späteren Zeitpunkt hätte jedoch zu authentischeren und somit präziseren Werten geführt und die oft holperigen, gegenteiligen Formulierungen, die durch die frühe Umkodierung noch vor der Übernahme der Items in die Testendform entstanden waren, verhindert.

10.4 Überprüfung der Testkonstruktion anhand der Testergebnisse

Die überarbeitete Testversion, die 48 Items umfasste, fand Verwendung als Testendform (siehe Kapitel 14.2 im Anhang) zur schriftlichen Befragung von 420 praktischen Tierärzten im Bundesgebiet. Mit einem Rücklauf von 230 beantworteten Fragebögen lag die Ausschöpfungsquote bei 54,76 % und ließ auf eine hohe Antwortbereitschaft der angeschriebenen Tierärzte zu dem Thema Euthanasie schließen. Weitere 85 Probanden folgten einem Aufruf im Internet und beteiligten sich per Email an der Befragung. Insgesamt flossen die Daten von 315 Tierärzten in eine erneute Überprüfung der Testkonstruktion und die anschließende Auswertung der Erhebung ein.

Die Erstellung einer 220 Personen umfassenden Normstichprobe machte deutlich, dass die Rohwerte – unterteilt in die Bereiche Kleintier- und Gemischtpraxis – eine überaus ähnliche Verteilung wie die aller entsprechenden Werte der gesamten erfassten Population zeigen. Aus diesem Grund kann die Repräsentativität aller erfassten Teilnehmer als sehr hoch angesehen werden.

10.5 Standardisierung oder Eichung

Wie in Kapitel 6 erwähnt, hatte die vorliegende Erhebung das Ziel, einen Einblick in die momentane Situation von Tierärzten in der Situation des Einschläfern von Tieren zu geben. Nur mit Hilfe einer solchen Bestandsaufnahme konnten Informationen über das Einschläfern von Tieren aus tierärztlicher Sicht gewonnen werden. Es ließ sich feststellen, in wieweit

die praktizierenden Kollegen mit den sozialen Aspekten des Einschläfern und einem kompetenten Umgang mit dem Besitzer vertraut sind. Diese Erkenntnisse lieferten eine Basis für den Vergleich der hierzulande üblichen Euthanasiepraxis mit den in internationaler Literatur beschriebenen Vorgehensweisen in der betreffenden Situation. Darüber hinaus wurde es möglich, gezielte Empfehlungen für den Umgang mit Euthanasiesituationen in der Praxis zu geben. Aufgrund dieser Umstände wurde der Fragebogen nicht als universal anwendbarer Test sondern als Erhebung für einen umschriebenen Geltungsbereich konzipiert. So war es nicht Absicht dieser Untersuchung, normierte Skalen vorzulegen, mit deren Hilfe auch in Zukunft weitere Testpersonen anhand ihres ermittelten Prozentrangwertes in die Population der Tierärzte bezüglich ihrer Sozialen Kompetenz eingeordnet bzw. ihre Stellung in der Population ermittelt werden konnte. Dem entsprechend bestand keine Notwendigkeit nach einer Standardisierung oder Eichung im engeren Sinne. Dennoch wurden zwei, nach dem Tätigkeitsbereich getrennten Normstichproben der beteiligten Tierärzte erstellt, die in ihren weiteren unabhängigen Variablen Alter und Geschlecht weitgehend mit der entsprechenden Verteilung innerhalb der deutschen Tierärzteschaft (SCHÖNE & ULRICH, 1999) übereinstimmten.

10.6 Rückschlüsse aus den Erhebungsergebnisse auf den gegenwärtigen Stand der sozialen Kompetenz deutscher Tierärzte beim Einschläfern von Hunden

Innerhalb des 48 Aufgaben umfassenden Fragebogens fielen bei der Auswertung einige Items (Nr. 2, 5, 6, 9, 10, 20, 24, 32, 37, und 40) auf, bei denen die überwiegende Anzahl der befragten Personen einen nur geringen Itemmittelwert aufgewiesen hatten. Der in diesen Aufgaben erfragte Um-

gang mit der Euthanasie wird also von den befragten Tierärzten in einer Weise gehandhabt, die von zahlreichen Autoren in der speziellen Situation als nicht sozial kompetent im Sinne der wissenschaftlichen Literatur und für die emotionale Befindlichkeit aller Beteiligten als wenig förderlich angesehen wird. So geben viele Befragte an, keine Prämedikation vor der Einschläferung anzuwenden (siehe Kapitel 9.7). Es scheint weiterhin nicht üblich zu sein, dem Besitzer des einzuschläfernden Tieres die z. B. von ROSENBERG (1986) und LAGONI & BUTLER (1994) geforderte Möglichkeit zu lassen, am Kopf ihres Tieres zu stehen, um dem Tier ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, um auf es einwirken zu können und ein Verabschieden vom Partner Hund so optimal wie möglich zu gestalten. Die direkte, z. B. von LAGONI & BUTLER (1994) empfohlene Aussage „das Tier ist tot“ wird offenbar von vielen Praktikern gemieden, und nur wenige Tierärzte können dem Hundebesitzer einen Sarg oder eine Urne für sein Tier oder die Adresse eines Psychologen oder Beraters abgeben. Auch ein Telefonanruf einige Zeit nach der Einschläferung, um dem ehemaligen Besitzer Mitgefühl zu bekunden, scheint entgegen den Empfehlungen z. B. von MILANI (1995) und WINIUS & EDENBURG (1996) nicht zum Standardrepertoire eines deutschen Tierarztes zu gehören. Von einer großen Anzahl Testpersonen wird die eigene Hilflosigkeit bei Traueräußerungen durch den Tierbesitzer oder ein Teammitglied geleugnet oder nicht bewusst erlebt. Ebenso verhält es sich mit Schuldgefühlen bei den ersten selbständig durchgeführten Einschläferungen und auch den Euthanasien zum aktuellen Zeitpunkt (siehe Kapitel 5.6.2 und 5.6.4).

Die Items Nr. 23, 27, 35, 36, und 45 trennten besonders scharf zwischen Teilnehmern mit stark ausgeprägter und solchen mit schwacher Sozialkompetenz bezogen auf die depressive Betroffenheit. Demzufolge

spricht für eine gut ausgeprägte soziale Kompetenz des Tierarztes, wenn er sich, wie von MC CARTHY (1991) und WHITE & SHAWHAN (1996) erwähnt, von der Trauer des Besitzers oder auch eines Teammitgliedes anstecken lässt und wenn er wahrnimmt, dass im Zusammenhang mit einer Einschläferung die Stimmung im Team bedrückt wird. Ebenso zeugt das gelegentliche Führen von Nachgesprächen über das Einschläfern (z. B. COHEN & SAWYER, 1991) mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams sowie im privaten Umfeld die Äußerung persönlicher Gefühle, die mit dem Einschläfern von Tieren zusammenhängen, von einer ausgeprägten Sozialkompetenz eines Tierarztes, was seinen Umgang mit seiner depressiven Betroffenheit betrifft (siehe Kapitel 5.7.2).

Bezogen auf den distanzierenden Umgang mit der Situation differenzierten die Aufgaben Nr. 17, 28, 29, 30, 31 und 34 besonders augenfällig zwischen Teilnehmern mit großer und solchen mit geringer Ausprägung der selbst eingeschätzten Sozialkompetenz. Anscheinend ermöglicht die Tatsache, dass ein Tierarzt über die Trauergefühle eines Besitzers oder Teammitgliedes hinwegzugehen versucht, eine direkte Erkenntnis darüber, ob es sich bei dem jeweiligen Veterinär um einen sozial kompetenten Menschen im Umgang mit der Situation handelt oder nicht. Ebenso lässt sich seine Kompetenz daran ablesen, ob er versucht, ein trauendes Teammitglied zu trösten, diesem nahelegt, das Team zu verlassen, dessen Äußerung von Trauergefühlen als unangenehm empfindet oder sich darüber ärgert (siehe Kapitel 5.7.2).

Die Auswertung der Rohwerte für beide Skalen wie auch für die Gesamterhebung ergibt für die meisten Teilnehmer mittlere bis hohe Punktwerte. So zeigten bezogen auf die depressive Betroffenheit und den

distanzierenden Umgang mit der Situation nur ausgesprochen wenige Tierärzte eine niedrige Rohwertsumme. Entsprechend war der Anteil von sozial kompetenten oder sehr kompetenten Praktikern entsprechend hoch. Im Umgang mit der depressiven Betroffenheit konnte für etwa ein Drittel der Teilnehmer, für den distanzierenden Umgang mit der Situation sogar für zwei Drittel der Teilnehmer eine hohe Punktzahl verzeichnet werden. Zur Überprüfung der Arbeitshypothesen wurden die erzielten Rohwerte in Beziehung zu den unabhängigen Variablen gesetzt. Folgende Erkenntnisse ließen sich daraus ableiten:

Der in **Hypothese a)** vermutete Kompetenzunterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht des Tierarztes konnte vollständig verifiziert werden. Frauen im Tierarztberuf reagieren sensibler auf die Emotionen des Hundebesitzers (entspricht Skala 2, distanzierender Umgang mit der Situation) und sind eher als ihre männlichen Kollegen dazu bereit, die entsprechenden Situationen zu reflektieren (entspricht Skala 1, depressive Betroffenheit). Sie verfügen in beiden Bereichen über eine hochsignifikant größere Sozialkompetenz.

Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit einer Untersuchung von LITTMANN & OTT (1982), bei der Medizinstudentinnen sowie medizinisches Fachpersonal und Psychotherapiepatienten weiblichen Geschlechts eine deutlichere emotionale Betroffenheit durch den Tod anderer zeigten als männliche Versuchspersonen. Als Ursache vermuten die Autoren divergierende geschlechtsspezifische Sozialisierungsbedingungen und ein stärker auf den eigenen Körper bezogenes Rollenverhalten von Frauen.

Hypothese b) ging von einem Kompetenzunterschied in Abhängigkeit von Alter und Berufserfahrung des Tierarztes aus, konnte jedoch nicht bestätigt werden. Zwar lässt sich bei Tierärzten sehr jungen Alters tendenziell eine größere Sensibilität in Form eines depressives Betroffenseins feststellen als bei Tierärzten mittleren Alters. Diese wiederum weisen im Trend eine größere Sozialkompetenz im Umgang mit der Situation auf als die Kollegen fortgeschrittenen Alters. Dennoch sind diese Unterschiede nicht signifikant. Der Zeitraum der Berufspraxis hat gemäß den Daten der vorliegenden Erhebung keinerlei Einfluss auf das Maß an sozialer Kompetenz in Euthanasiesituationen.

Der in **Hypothese c)** angenommene Zusammenhang zwischen Ausrichtung bzw. Einzugsgebiet der Praxis und der sozialen Kompetenz des dort arbeitenden Tierarztes konnte als signifikant bestätigt werden. Je größer der Anteil der Großtiere bzw. je ländlicher der Einzugsbereich einer Praxis ist, desto weniger ausgeprägt ist die soziale Kompetenz in Euthanasiesituationen. Lediglich der Unterpunkt des kompetenten Umgangs mit der depressiven Betroffenheit konnte bei Tierärzten unterschiedlichen Einzugsbereiches nicht als verschieden bestätigt werden.

Hypothese d), die eine unterschiedlich ausgeprägte Sozialkompetenz hinsichtlich der Euthanasiesituation postuliert hatte, erwies sich als unrichtig. Die befragten Tierärzte wiesen bei spontanen Notfall-einschläferungen kein signifikant anderes Maß an sozialer Kompetenz auf als bei erwarteten, vorbereiteten Einschläferungen.

Der in **Hypothese e)** vermutete fehlende Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hundeeuthanasien pro Monat und dem Ausmass an Sozialkompetenz des durchführenden Tierarztes konnte voll bestätigt werden.

Weiterhin ergaben sich folgende Erkenntnisse:

Tierärzte, die angaben, einen Hund einzuschläfern, sobald er in seinem normalen Verhalten beeinträchtigt ist, unterschieden sich bezüglich ihrer Kompetenz im distanzierenden Umgang mit der Situation signifikant von Tierärzten, die sich in der angegebenen Situationen eher nicht für eine Euthanasie entschieden oder sich dessen unsicher waren. Die Teilnehmer, die positiv geantwortet hatten, wiesen übereinstimmend mit EDNEY (1988b) im angegebenen Punkt eine größere soziale Kompetenz auf (siehe Kapitel 5.2).

Tierärzte, die eine Einschläferung allein aufgrund eines Besitzerwunsches ablehnten oder sich unentschlossen zeigten, wiesen in Anlehnung an LAWRENCE (1992) eine signifikant höhere Kompetenz im Bereich der depressiven Betroffenheit auf als die zustimmende Kollegengruppe (siehe Kapitel 5.3).

Entgegen der Meinung von THOMAS (1982) und STEWART (1988) und in Übereinstimmung mit COHEN & SAWYER (1991) verfügten diejenigen Erhebungsteilnehmer über keine signifikant erhöhte Sozialkompetenz, die sofort nach der Diagnose einer unheilbaren Krankheit bzw. solange das Tier noch nicht beeinträchtigt ist für eine Einschläferung plädieren würden (siehe Kapitel 5.3).

Es konnte kein signifikanter Kompetenzunterschied gefunden werden zwischen Teilnehmern, die auf dem Postweg und solchen, die über das Internet auf die Befragung aufmerksam gemacht worden waren. Eine unterschiedliche Kompetenzausprägung fehlt auch zwischen Probanden, die anonym geantwortet hatten und solchen, die ihre Unterlagen unter Angabe des Absenders zurückgesandt hatten. Teilnehmer, die den Wunsch geäußert hatten, über die Untersuchungsergebnisse in Kenntnis gesetzt zu werden, wiesen keine andere Kompetenzausprägung auf als die Teilnehmern ohne Interesse am Erhebungsergebnis.

Die Untersuchung kompetenten Handelns bezogen auf einzelne Aspekte der Tiereuthanasie (Kapitel 9.7) machte deutlich, dass in einigen Punkten die Mehrheit der Erhebungsteilnehmer gemäß den Empfehlungen der überwiegend amerikanischen Literatur verfährt. So wird vielfach ein Barbiturat als Tötungsmittel gewählt (RECHENBERG, 1998), dem Tierbesitzer die Adresse eines Tierfriedhofes oder -krematoriums ausgehändigt (COOKE, 1988), der zu euthanasierende Hund beim Namen genannt (FUKUI, 1994), ein Nachgespräch mit den an der Einschläferung beteiligten Teammitgliedern geführt (COHEN & SAWYER, 1991) und dem Klienten angeboten, bei der Tiereuthanasie anwesend zu sein, das tote Tier noch einmal zu betrachten und es selbst zu entsorgen (HANCOCK & YATES, 1989).

In anderen Einzelaspekten erwiesen sich die Tierärzte hierzulande überwiegend als nicht kompetent. Eine nicht unerhebliche Mehrheit der Kollegen verzichtete entgegen wissenschaftlicher Meinung auf eine Prämedikation (HART et al., 1990), verwendete das unter Umständen mit Exzitationen einhergehende Präparat T 61 als Tötungsmittel (RECHENBERG,

1998) und schränkte aufgrund der Injektion in eine kraniale Körperpartie den Zugang des Besitzers zum Kopf des Tieres ein (LAGONI & BUTLER, 1994). Anstatt der Formulierung „er ist tot“ wurden zahlreiche beschönigende und verharmlosende Wendungen zur Feststellung des Todes benutzt (EDNEY, 1988). Nur die wenigsten befragten Praktiker sind in der Lage, einem Tierbesitzer einen Sarg oder eine Urne für sein Tier (HART et al., 1990) oder aber die Adresse eines Psychologen oder Beraters auszuhändigen (DAVIES, 1996). Vielfach wird der Klient unmittelbar nach der Euthanasie seines Tieres um die Begleichung der Rechnung gebeten (LAGONI & BUTLER, 1994). Die von ANTELYES (1990) empfohlene telefonische Kontaktaufnahme des Tierarztes mit dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern eines Hundes, um Mitgefühl auszudrücken, scheint nicht zum Standard deutscher Tierarztpraxen zu gehören. Darüber hinaus besteht offenbar eine große Ablehnung oder Unsicherheit, Kinder bei einer Tiereuthanasie anwesend sein zu lassen (SCHMIDT, 1999).

10.7 Bemerkungen der Erhebungsteilnehmer im freien Antwortformat

An neun verschiedenen Stellen innerhalb des Fragebogens war es den Erhebungsteilnehmern möglich, weitere Bemerkungen in dem mit „Sonstiges“ eingeleiteten freien Antwortfeld zu äußern, die jedoch nicht in die statistische Auswertung mit einfließen. Viele der Beteiligten nahmen diese Gelegenheit wahr und äußerten interessante Gedanken, Einstellungen und Methoden im Zusammenhang mit dem Einschläfern. Verglichen mit der besonders in der amerikanischen Literatur empfohlenen Handhabung des Einschläfern lassen sich zum Teil erstaunliche Übereinstimmungen und nur gelegentlich grobe Differenzen feststellen. Der Chronologie des

Fragebogens folgend sollen wichtig erscheinende Äußerungen einzelner Personen hervorgehoben werden:

Bei der Frage nach dem Zeitpunkt für die Euthanasie (Items g)-j)) gaben viele Testpersonen Kriterien an, die in Kapitel 5.2 von zahlreichen Autoren, allen voran EDNEY (1988b), vertreten wurden. So wurden als weitere Gründe für eine Euthanasieentscheidung angegeben: finanzielle oder Tierschutzgründe, fehlende Lebensqualität oder -freude sowie „wenn der Hund unter der Haltung leidet und nicht anderweitig weitergegeben werden kann“. Auch der Schutz des Menschen spielt eine wichtige Rolle. So fällt die Entscheidung zur Euthanasie gelegentlich dann, „wenn das Tier so verhaltensgestört ist, dass es für den Menschen gefährlich wird und sich keine andere Lösung findet“. Eine befragte Person gab an, finanziellen Engpässen des Besitzers mit dem Angebot einer „Abtretung des Tieres zwecks Behandlung und anschließender Vermittlung“ zu begegnen. Für andere Tierärzte war für die Entscheidung zur Einschläferung entscheidend, dass sowohl der Besitzer als auch das Tier zu einer Trennung bereit zu sein scheinen („wenn der Besitzer den Absprung geschafft hat“ oder wenn „das Tier seinen Körper verlassen will“). Eine weitere Kollegin mutmaßte in Übereinstimmung mit RANDOLPH (1994) und SHRUM (1994), „dass ein Tierarzt, der noch nie selbst bei einem eigenen Tier eine Entscheidung über Einschläfern ja/nein und den Zeitpunkt der Einschläferung treffen musste, deutlich weniger sensibel ist für die Probleme der Besitzer in dieser Situation“.

In der Folge der Aufgabe Nr. 6 nach einer eventuellen Vermeidung des Wortlautes „er ist tot“ äußerten zahlreiche befragte Tierärzte, welche Formulierungen sie selbst benutzen, um dem Besitzer zu vermitteln, dass

der Tod seines Hundes eingetreten ist. Am häufigsten war darunter die Aussage „er ist (schön/sanft/friedlich/für immer) eingeschlafen“, dicht gefolgt von „er hat es geschafft“, „das Herz hat aufgehört zu schlagen“, „er ist von seinem Leiden erlöst“. Mehrfach wurde geäußert: „jetzt hat er es hinter sich“, „es ist vorbei“, „er hat es überstanden“, „er ist gestorben“. Weitere Aussagen waren „er hat seinen Körper verlassen“, „das war es schon“, „er ist endgültig gegangen“, „jetzt ist er beim Heiligen Antonius“ oder vor Kindern: „Jetzt ist er im Hundehimmel“. Viele dieser Aussagen sind wenig direkt sondern beschönigend und werden in ihrer Verwendung z. B. von CREAGAN (1994) oder LAGONI & BUTLER (1994) entschieden abgelehnt. Eine Person gab an, die Wendung „sie haben ihn erlöst“ zu benutzen, die die Betonung auf die Person legt, die die Entscheidung zu Euthanasie getroffen hat, den Besitzer. Eine solche beim Tierhalter liegende Entscheidungsinstanz wird von zahlreichen Autoren wie z. B. COHEN (1985) und SPRANG & MCNEIL (1995) gefordert.

Die Items Nr. 7, 8, 9 und 10 hatten erfragt, ob und was die Tierärzte den ehemaligen Hundebesitzern nach der Einschläferung ihres Tieres mit auf den Weg geben. Für einige Befragten schien ein solches Vorgehen, für das in der Aufgabenformulierung Beispiele gegeben waren, vollkommen unverständlich zu sein. Besonders unter dem Begriff „Andenken“ schien es einigen Probanden schwer zu fallen, sich etwas vorzustellen. Während ein Kollege mit einer unverständigen Gegenfrage („Was soll das sein. Eierstock oder Hoden?“) reagierte, boten andere Tierärzte wie von COHEN & SAWYER (1991) und AVMA (1995) empfohlen dem trauernden Besitzer etwa eine Locke oder das Halsband des Hundes an. Des Weiteren konnte von zwei Kolleginnen dem Besitzer Literatur an die Hand gegeben werden, wie etwa die Broschüre „Der Tod eines Tieres“ (VENNEBUSCH, 1998). Für

andere Tierärzte war es üblich, den Tierbesitzer nach einem einfühlsamen Gespräch „zur Bewusstmachung der Notwendigkeit“ des Einschläferns und Hinweisen zur Entsorgung des Hundes zu entlassen. Eine solche Erörterung der Euthanasie-Notwendigkeit ist nach den Aussagen einer Kollegin auch für sie selbst wichtig, „um keine Schuldgefühle aufkommen zu lassen“. Als Behältnis für das tote Tier gaben einige Tierärzte wie in den USA bereits üblich (MILANI, 1995) einen Pappkarton, z. T. mit Zellstoff ausgelegt, an den Besitzer ab. Zwei Kollegen wiesen darauf hin, dass sie dem Besitzer eine Verabschiedung mit seinem verstorbenen Tier unter vier Augen ermöglichen, wie es auch von CREAGAN (1994) erwähnt wird. Häufig wurde ausgesagt, dass dem Besitzer Bescheinigungen für Behörden und Versicherungen sowie die Rechnung über die Euthanasiekosten im Anschluss an das Einschläfern ausgehändigt würden. Letzteres ist nach Meinung verschiedener Autoren (HART et al., 1990; COHEN & SAWYER, 1991; LAGONI & BUTLER, 1994) unbedingt zu vermeiden. Eine vorgezogene Begleichung der Euthanasiekosten sei unbedingt zu präferieren. Im Gegensatz dazu hatten einige Probanden die Beobachtung gemacht, dass die Besitzer oft selber direkt nach der Einschläferung ihres Hundes zu bezahlen wünschen, damit „alles abgeschlossen“ sei. Eine Kollegin favorisiert, wenn Besitzer, die kein Geld dabei haben (Notfall), das Geld zur Rechnungsbegleichung persönlich zu einem späteren Zeitpunkt vorbeibringen, „weil man mit [dem] Besitzer nochmals kurz sprechen kann, wenn er schon etwas Abstand hat“ (siehe Kapitel 5.6.2, 5.6.3 und 5.5).

Item Nr. 13 erkundigte sich, ob die von der Mehrheit der Autoren (z. B. MILANI, 1995) empfohlene Anwesenheit des Besitzers bei der Einschläferung zugelassen wird (siehe Kapitel 5.6.1). Ein Tierarzt gab an dieser Stelle an, auf die Anwesenheit der Besitzer zu bestehen mit der

Einschränkung: „nur wenn hysterische Person, dann nicht“. Ein anderer Kollege bittet „in der Regel den Besitzer, dem Hund die letzte Ehre zu erweisen“.

Zur Anwesenheit eines Kindes bei der Euthanasie äußerte sich ein Teilnehmer der Erhebung in Anlehnung an FUDIN & COHEN (1988), HARRIS (1989), AIKEN (1991) und andere: „Je nach Alter versuche ich die Euthanasie zu erklären und, wenn die Eltern zustimmen, bleibt auch ein Kind dabei“. Ein anderer Teilnehmer war der Auffassung „Kinder verkraften diesen Vorgang besser als Erwachsene. Das ist besser als sie anzulügen“.

Die Items Nr. 17–23 beschäftigen sich damit, wie Traueräußerungen eines Hundebesitzers auf einen Tierarzt wirken. Dass einige Tierärzte das zu euthanasierende Tier als „seinen [des Besitzers] Lebensgefährten oder als einen Teil der Familie“ betrachten, erklärt die Reaktionen vieler Kollegen auf Traueräußerungen des Besitzers. So gaben zahlreiche Tierärzte in Übereinstimmung mit den Empfehlungen amerikanischer und britischer Wissenschaftler (z. B. LAGONI & BUTLER, 1994; siehe Kapitel 5.5 und 5.6.2) an, sich in der beschriebenen Situation soviel Zeit wie nötig für ein Gespräch mit dem Besitzer zu nehmen, in dessen Verlauf sie die Gründe für die Euthanasie verdeutlichen, Taschentücher anbieten und dem Besitzer verbal zu verstehen geben, „dass er traurig sein darf und das Gefühl keinesfalls unterdrücken soll, damit er es verarbeiten kann“. Daneben werden bei einigen Testteilnehmern die schönen Erlebnisse des Besitzers mit seinem Hund in den Vordergrund des Gespräches gestellt, während ein anderer Kollege „häufig an das Leiden des Tieres im Endstadium seines Lebens“ erinnert. Von einem Kollegen wurde der Umgang mit dem

trauernden Besitzer als „schwieriges „Pastor“-Spiel“ bezeichnet und ein Kollege fortgeschrittenen Alters äußerte: „Es sind häufig auch nach jahrzehntelanger „Routine“ Scheiß-Situationen“.

Die unter Item Nr. 24 angesprochene und von zahlreichen Autoren (z. B. SPRANG & MCNEIL, 1995) gutgeheißene telefonische Anteilnahme an der Trauer des Besitzers einige Zeit nach dem Einschläfern eines Hundes hält eine befragte Person für „wünschenswert, aber dazu fehlt leider die Zeit“. In einer anderen Praxis werden solche Anrufe von der Rezeptionistin übernommen. Mehrfach wurde geäußert: „Beileidsbekundungen lege ich zur Rechnung bei“. Diese Aussage steht in krassem Gegensatz zu der Meinung von HANCOCK & YATES (1989) und LAGONI & BUTLER (1994), nachder die Kondolenz niemals zusammen mit der Rechnung verschickt werden sollte (siehe Kapitel 5.6.4).

Ein Zeichen sozialer Kompetenz im Umgang mit dem Praxisteam sieht z. B. MC CARTHY (1991) darin, dass der Tierarzt Zeichen gravierenden Stresses bei seinen Teammitgliedern erkennt (siehe Kapitel 5.7.2). Eine in Aufgabe Nr. 27 angesprochene Stimmungsveränderung im Team im Zusammenhang mit einer Einschläferung wird von einigen Tierärzten wahrgenommen. Neben einer *bedrückten* Stimmung, wie im Wortlaut des Items angegeben, nehmen die Teilnehmer auch Gefühle von Mitgefühl und Trauer, aber auch Wut und Ärger bei ihren Mitarbeitern besonders dann wahr, wenn Euthanasiegründe „durch Vernachlässigung entstanden sind“ oder „Besitzer sich „sehr spät“ zur Euthanasie entschließen“. Grundsätzlich seien solche Veränderung der Stimmung im Team aber sehr vom objektiven Befund abhängig. Autoren wie MILANI (1995) und WHITE & SHAWHAN (1996) teilen diese Ansicht.

Die Items Nr. 28-35 befragten Tierärzte nach möglichen Reaktionen ihrerseits, wenn ein Teammitglied Trauergefühle äußern würde. Hier streuten die Meinungen der Testpersonen weit. Die diesbezügliche Aussage „gibt es nicht und hat es nicht zu geben“ und „Umschulung vorschlagen“ steht in starker Diskrepanz zu MC CARTHYs (1991) Ideal (siehe Kapitel 5.7.2) dem andere Erhebungsteilnehmer wiederum sehr nahe kamen: dem betreffenden Teammitglied sollte zunächst eine Ruhepause gegönnt oder der Person nahegelegt werden, „für die Zeit der Euthanasie das Team zu verlassen“, bevor man ein klärendes Gespräch mit der betreffenden Person suchen und ihr in dessen Verlauf die Euthanasiegründe aus medizinischer Sicht erläutern solle. Grundsätzlich gehört das Einschläfern nach Ansicht einiger Tiermediziner „zum Praxisalltag und muss auch gelernt werden (soweit man sowas lernen kann)“. Eventuell gezeigte Gefühlsäußerungen eines Teammitgliedes „sollte [die] Trauer des Besitzers nicht stören“. Daneben wurde bemerkt, dass das generelle Äußern von Trauer von seiten eines Praxismitarbeiters „sehr mit der persönlichen Beziehung zum Besitzer“ zusammenhängt. Ein befragter Tierarzt verfügt nach eigenen Angaben über ein Praxisteam, dass im Umgang mit der Einschläferungssituation „gut geschult“ ist.

Item Nr. 36 erfragt, ob gelegentlich die z. B. von COHEN & SAWYER (1991) empfohlenen Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams geführt werden. Ihre zustimmende Antwort begründete eine befragte Person in Übereinstimmung mit BRACKENRIDGE & SHOEMAKER (1996) damit, ein solches Nachgespräch sei „auch für mich [den Tierarzt] wichtig“ (siehe Kapitel 5.7.2 und 5.8.2).

Eine mögliche Veränderung der Gefühle des Tierarztes mit steigender Berufserfahrung wird durch die Items Nr. 37-42 ermittelt. Im Zusammenhang mit ihren ersten persönlich durchgeführten Einschläferungen gaben Tierärzte an, „jünger und härter“ und „dümmer“ gewesen und „nie darauf vorbereitet worden“ zu sein, was sich mit Beobachtungen von EDNEY (1988b) deckt. Eine befragte Person fühlte sich „hilflos, weil ich [die betreffende Person] dem Tier nicht helfen konnte“. Einem weiteren Kollegen war aufgefallen, dass im Zusammenhang mit den ersten von ihm selbst durchgeführten Euthanasien die Entscheidungen für ihn manchmal schwierig im Sinne von langwierig gewesen seien, während er bei Einschläferungen zum aktuellen Zeitpunkt schneller eine Entscheidung treffen könne. Bezogen sowohl auf die ersten Einschläferungen wie auch auf die Euthanasien zum aktuellen Zeitpunkt bestätigte eine Kollegin die Aussage RANDOLPHS (1994), dass die „eigene (Lebens-)Erfahrung bestimmt, wie man mit einer Euthanasie umgeht“. Ein anderer Tierarzt äußerte sich so: „Egal, was man denkt, in dieser Situation muss wenigstens einer den Überblick bewahren und vor allem für optimale Technik sorgen, und das ist eben der Tierarzt.“

Ein Teilnehmer hatte der Aussage unter Aufgabe Nr. 43 (ein nachträgliches Vermissten einer Vorbereitung auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ während des Studiums) gar nicht zugestimmt. Seiner Meinung nach muss ein Tierarzt „aus dem Bauch heraus entscheiden und [diese Entscheidung] mit mir [sich] selbst ausmachen“. Deshalb schien diesem Probanden entgegen der Auffassung z. B. von MILANI (1995) eine Schulung im Umgang mit dem Klienten im Rahmen des Studium nicht sinnvoll zu sein. Ein anderer Praktiker hingegen betonte die Wichtigkeit einer kommunikativen Fähigkeit mit Menschen im tierärztlichen Beruf indem er äußerte

„denn wer nicht Menschen mag oder lernt sich auf Menschen einzustellen, sollte nicht praktischer Tierarzt werden!“ (siehe Kapitel 10.9).

Die Meinungen zum Äußern von Gefühlen im Zusammenhang mit der Euthanasie von einem Teammitglied von seiten des Tierarztes lagen weit auseinander. So reichten die Beurteilungen von „eher peinlich“ über „normal“ bis „wichtig“ und „wohltuend für das Teammitglied“. Eine Anzahl von Teilnehmern empfand eine solche Äußerung „als Ausdruck der Menschlichkeit gegenüber Besitzer + Teammitglied“, ein weiterer Kollege brachte es auf die Formel „zusammen-arbeiten – zusammen-fühlen!“. Mehrfach wurde die Ansicht von HART et al. (1990) geteilt, eine solche Gefühlsäußerung von seiten des Tierarztes sei „erleichternd für das Team“ und „wichtig für ein gutes Arbeitsklima“. Ein anderer Proband sieht in einer solchen Gefühlsäußerung „ein Zeichen, nicht abzustumpfen“.

Ein Teilnehmer des Pretests äußerte sich abschließend unter dem Fragebogen so: „Einen Hund einzuschläfern im Beisein des Besitzers ist eine „Kunst, die gekonnt sein muss!“ (siehe LEVINGER, 1979, zit. n. LANGNER, 1988; SCHÜFFEL, 1979; Kapitel 10.9).

In einigen Fragebögen war der Wunsch nach einer zusätzlichen, konkreten Frage geäußert worden bzw. auf das Fehlen einer solchen Aussage hingewiesen worden. So vermissten einige Befragte ein Item zur Hunde-Euthanasie im Haus des Besitzers (siehe HART et al., 1990). Daneben wurde die Frage nach einer störungsfreien Zone, wie sie in der Beispielaufgabe im Rahmen der Testanweisung gestellt worden war, im eigentlichen Fragebogen vermisst, wie auch die Erkundigung nach dem Vorhandensein eines Extra-Ausgangs, damit das eingeschlafte Tier nicht

notwendigerweise durch ein voll besetztes Wartezimmer geschafft werden müsse (siehe LAGONI et al., 1989). Nach Meinung einer weiteren Testperson sollte die Vergabe spezieller Termine zum Einschläfern erfasst werden, die eine unnötige Wartezeit vor der Euthanasie im Wartezimmer verhindern solle (siehe LAGONI & BUTLER, 1994). Des Weiteren wurde jeweils ein Item zu einer Sektionsempfehlung oder zur Erfassung der durchschnittlichen Entsorgungskosten zur Vervollständigung des Fragebogens gewünscht.

10.8 Weitergehende Überlegungen, Umsetzungsprobleme und Besonderheiten bei der systematischen Erfassung und Bewertung der sozialen Kompetenz

Bei der vorliegenden Erhebung handelt es sich ausnahmslos um Daten aus der Selbsteinschätzung der befragten Tierärzte. Es war davon auszugehen, dass die Tierärzte, die sich letztlich an der Erhebung beteiligt hatten, über eine höhere Selbsteinschätzung verfügten als die Praktiker, die nicht auf die Befragung geantwortet hatten. Insofern war eine gewisse Vorauslese der Teilnehmer getroffen worden. Eine Objektivierung der aus dieser Erhebung bezogenen Daten wäre durch eine zusätzliche Befragung der Tierbesitzer und der Praxismitarbeiter, durch Messungen am einzuschläfernden Tier und durch Fremdbeobachtungen des Tierarztes und der von ihm angeleiteten Teammitglieder in Euthanasiesituationen möglich. Die erwähnten zusätzlichen Untersuchungen bleiben weiteren Forschungen vorbehalten.

Des Weiteren ist anzumerken, dass durch die Skalen der vorliegenden Erhebung nur zwei Aspekte der sozialen Kompetenz von Tierärzten in Euthanasiesituationen zum Teil erfragt werden konnten. Der Umfang des

hier verwendeten Fragebogens musste von den Teilnehmern in angemessen kurzer Zeit beantwortet werden können und zudem einen möglichst umfassenden Eindruck über das Euthanasieverhalten an die auswertende Person liefern. Eine Datenreduktion des ursprünglich 90 Items umfassenden Fragebogens war daher unumgänglich. Bei der Anwendung der so überarbeiteten Erhebungsunterlagen deuteten gelegentlich zusätzliche Bemerkungen der Erhebungsteilnehmer oder auch der Experten darauf hin, dass sie die ein oder andere Frage im Zusammenhang vermissten und als sehr wichtig eingestuft hätten. Ausnahmslos handelte es sich dabei um Iteminhalte, die im Pretests bereits als Aufgabe formuliert vorlagen, wegen mangelnder Trennschärfe und des zu großen Fragebogenumfangs aber selektiert worden waren.

Aus wenigen Fragebögen ging hervor, dass sich angestellte Tierärzte aufgrund von Auflagen durch ihren Arbeitgeber in Euthanasiesituationen anders verhalten, als sie von sich aus handeln würden. Folglich erlangten diese Personen in ihrem gegenwärtigen Angestelltenverhältnis andere Punktschummen der Rohwerte, als dies in einer anderen beruflichen Situation der Fall gewesen wäre. Diese Tatsache schmälert jedoch nicht die Aussagekraft der Erhebung, da beispielsweise die durch Skala 1 erfasst depressive Betroffenheit erwartungsgemäß unbeeinflusst von bestimmten Auflagen eines Arbeitgebers bleibt. Außerdem bestand nicht die Absicht, die Idealvorstellung der Tierärzte von einer Euthanasie zu erfragen. Ziel war es, den gegenwärtigen Stand der deutschen Tierärzteschaft unter dem Spezialaspekt der sozialen Kompetenz beim Einschläfern von Hunden zu erfassen.

10.9 Lehre der sozialen Kompetenz

Mehr als die Hälfte der Erhebungsteilnehmer vermisst im Nachhinein eine Vorbereitung auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ und konkret auf den Umgang mit trauernden Tierbesitzern im Rahmen des veterinärmedizinischen Studiums (Item Nr. 43). Zahlreiche Autoren sind ähnlicher Ansicht. HARRIS (1981, zit. n. COOKE, 1988) vermutet, dass viele Tierärzte ihren Beruf ergriffen haben, weil sie anstatt mit Menschen mit Tieren umgehen wollten. Die Interaktion mit Menschen im Praxisalltag wird dabei häufig in ihrer Quantität und ihrer Wichtigkeit unterschätzt. Unglücklicherweise herrscht nach Meinung des Autors in veterinärmedizinischen Ausbildungsstätten eine Atmosphäre hohen Drucks. Das immense Arbeitsvolumen wirke zudem entmenslichend. Veterinärfakultäten haben bisher wenig getan, ihre Studenten im sensiblen Umgang mit Klienten im Allgemeinen und im Verständnis sowie in Unterstützung trauernder Tierbesitzer im Speziellen zu unterweisen (McCULLOCH & McCULLOCH, 1982; CORR, 1991-92). ROLLIN (1988) ist der Ansicht, dass sich die Ausbildung von Tierärzten der veränderten Sichtweise der Gesellschaft gegenüber Tieren anpassen muss. Deshalb sollten die Lehrpläne Ethik, Tierverhalten und die komplexen sozialen Dimensionen der Veterinärmedizin betonen und nicht ignorieren. MILANI (1995) hält es für eine Tragödie, dass die todverneinende medizinische Ausbildung den Studenten verwehrt, den Tod als eine Konsequenz des Lebens zu schätzen und eigene Standpunkte und helfenden Rituale hierfür zu entwerfen. Obwohl Klienten vom Tierarzt erwarten, dass er auch im Umgang mit einer Euthanasiesituation als eine höchst wissende Person funktioniert (MILANI, 1995), ist die Unterrichtung angehender Veterinärmediziner in dieser Hinsicht kein Bestandteil der Lehrpläne (EDNEY, 1988b). So ist gerade Berufsanfängern

oft nur der Mechanismus, nicht aber das Verhalten beim Euthanasieprozess klar. De facto geht der aktuelle Prozess des Einschläferns jedoch über einen rein biophysikalischen Vorgang hinaus (LANGNER, 1988). Die meisten Tierärzte vermeiden in der Praxis eine Interaktion mit den Klienten in der für sie oft sehr schweren Situation (ROLLIN, 1988). Die Art und Weise, wie ein Tierarzt die Information über den bevorstehenden Tod, eine notwendige Euthanasie oder die geeignete Beseitigungsmethode des Tierkörpers an den Patientenbesitzer übermittelt, hat jedoch großen Einfluss darauf, wie erfolgreich der Klient diese für ihn schmerzhaft Zeit verkraftet (COOKE, 1988; WEIRICH, 1988). Auch der Praktiker selbst kann von der Umsetzung erlernter sozial kompetenter Verhaltensweisen profitieren. So hatten Studenten der Humanmedizin, die an vereinzelt angebotenen Kursen im Umgang mit Sterben und Tod teilgenommen hatten, übereinstimmend erklärt, dass diese Fortbildungen ihnen zu persönlichem Wachstum, zu größerer Reife als Mediziner und zu einer verbesserten Kommunikationsfähigkeit in entsprechenden Situationen verholfen habe und dass die Teilnahme an entsprechenden Seminaren für alle Studenten wünschenswert wäre (MARTIN & WYLIE, 1989; WALTERS & TUPIN, 1991). Wird einem angehenden Veterinärmediziner beigebracht, im Zusammenhang mit Stresssituationen gezielte Verarbeitungstechniken zu nutzen, sich kontinuierlich beruflich fortzubilden und eine Balance zwischen persönlichen und beruflichen Bedürfnissen zu finden, so trägt dies zum Ausschalten überflüssiger Stressoren bei und beugt dem Burnout vor (BRACKENRIDGE & SHOEMAKER, 1996).

LEVINGER (1979, zit. n. LANGNER, 1988) äußert, dass „das Töten von Tieren eine große Verantwortung von maximaler Sorgfalt erfordert“ und nur von jemandem ausgeführt werden kann, der ausgebildet ist und über

eine „hohe moralische Qualifikation“ verfügt. Der mit einem entsprechenden Training angehender Veterinärmediziner verbundene Aufwand sei zu verstehen als „lebenswichtig [...] – nicht als Palliativ, sondern als positiver, ganzheitlicher Versuch, eine Entwicklung unserer eigenen Humanität fortzusetzen“ (SCHÜFFEL, 1979; LANGNER, 1988).

Nach Beendigung des Studiums sehen sich Berufsneulinge häufig damit konfrontiert, die Aufgabe einer Tiereuthanasie von ihrem Arbeitgeber übertragen zu bekommen. Hintergrund hierfür ist nach MILANI (1995) oft das Bestreben des erfahrenen Älteren, nicht selbst die damit verbundene emotionale Bürde auf sich nehmen zu müssen. Andere arbeitgebende Praktiker weisen einem jungen Assistenten diese Aufgabe zu, da sie die Euthanasiehandlung ebenso wie die Verabreichung einer Impfe einstufen. Dabei sei die Durchführung einer Euthanasie für den durchschnittlichen Berufstätigen nicht im mindesten einfach (EDNEY, 1988b; MILANI, 1995).

10.9.1 Unterrichtsansätze in den USA

Um sozial kompetent mit Euthanasiesituationen umgehen zu können sollten künftige Tierärzte einen effektiven Dialog eröffnen und aufrecht erhalten können. Dies erfordert ein Training in den wichtigen Aspekten des Interviewens, der Einschätzung der Klienten und der Beratung (BEILIN, 1981-1982; YOULL, 1989; HARRIS, 1989; AIKEN, 1991). Eine hilfreiche Voraussetzung hierfür ist es, wenn sich ein Tierarzt zunächst darüber bewusst wird, welchen moralischen Status und Wert er einem Tier zuweist. Außerdem sollte er seine eigenen Gefühle zum Thema Tod aufarbeiten (SCHÜFFEL, 1979; ROLLIN 1988; HARRIS, 1989). Im Übrigen muss ein

Praktiker lernen, die Verantwortung für einen trauernden Klienten zu delegieren und ihn an geeignete professionelle Hilfsdienste überweisen (KOTCH-JANTZER & QUACKENBUSH, 1988).

An einigen Universitäten der USA und Australiens gibt es bereits Ansätze, zukünftige Tierärzte über einen angemessenen Umgang mit Klienten zu unterrichten, deren Tier eingeschläfert wird. An der Ohio State University haben Studenten die Möglichkeit, das Verhalten erfahrener Tierärzte in der erwähnten Situation zu beobachten und das Einschläfern eines Tieres in kleinem Kreis zu diskutieren. An der Washington State University wird die Trauer von Klienten im Rahmen eines jahrgangsübergreifenden Seminars thematisiert (THOMAS, 1982). Unter Klienten der Kleintierklinik der Purdue University wurden mit Hilfe einer Erhebung Erkenntnisse darüber gewonnen, welche Verhaltensweisen des Tierarztes im Zusammenhang mit dem Einschläfern eines Tieres für dessen Besitzer am hilfreichsten sind. Die so gewonnenen Informationen dienten als Unterrichtsmaterial für Studenten (WEIRICH, 1988). Neben einer im Lehrplan manifestierten Unterweisung der Studierenden über den Umgang mit der Euthanasie oder dem Sterben eines Tieres werden z. B. an der australischen Murdoch Universität Informationen zum Thema auch durch Gastvorträge, Praxis-Management-Kurse, Demonstrationen, Rollenspiele, Videovorführungen, Verleih entsprechender Bücher und Zusammenkünfte mit in diesem Bereich besonders engagierten Personengruppen vermittelt (THOMAS, 1982; WALTERS & TUPIN, 1991; AIKEN, 1991, MILLS, 1997).

Für die Hinführung von Berufsanfängern zur Euthanasie schlagen OBERFIELD (1984) und MILANI (1995) vor, zunächst das Selbstvertrauen der Neulinge zu stärken, indem man ihnen verantwortungsvolle Fälle

zuweist, bei denen die Interaktion mit dem Klienten unkompliziert erscheint. Später solle ihnen die Behandlung von Tieren im Endstadium einer Krankheit übertragen werden, bei denen sich die Besitzerkomponente komplexer gestaltet. Erst danach, wenn die Assistenten ihren eigenen Standpunkt zur Tiereuthanasie entwickelt haben und wissen, wie sie diesen in Anwesenheit des Tierbesitzers vertreten können, sollte ihnen erlaubt werden, dem Leben eines Tieres ein Ende zu setzen.

11. Zusammenfassung

Das Einschläfern von Haustieren gehört zu den alltäglichen Aufgaben eines praktischen Tierarztes. Dennoch wird diese Tätigkeit für die wenigsten Praktiker zur Routine und bleibt häufig mit Unbehagen verbunden, da sie sich in einem Spannungsfeld verschiedener Bedürfnisse und Erwartungen befinden. Aufgrund der zunehmend sozialen Funktion von Tieren sind sie für ihre Besitzer mit hohem emotionalen Wert verbunden, den es zu berücksichtigen gilt. So ist der Tierarzt in der Euthanasiesituation nicht nur mit seiner fachlichen Kenntnis zur Verabreichung der tödlichen Drogen, sondern in hohem Maße auch mit seiner sozialen Kompetenz gefordert.

Während sich in Großbritannien und den USA zahlreiche Wissenschaftler mit der Sozialkompetenz von Tierärzten im Zusammenhang mit einer Tiereuthanasie befassen und konkrete Empfehlungen für solche Situationen geben, findet das genannte Thema in Deutschland bisher wenig Beachtung.

Diese Arbeit liefert eine Bestandsaufnahme sozialer Kompetenz deutscher Tierärzte beim Einschläfern von Hunden. Dazu waren mehrere Arbeitsschritte erforderlich. Im Zuge des Testentwurfes und der Aufgabenkonstruktion erfolgte eine Differenzierung in zwei Teilnehmergruppen, die sich entweder zu einer spontanen Notfalleinschläferung oder zu einer erwarteten, vorbereiteten Euthanasie von Hunden äußern sollten. Als unabhängige Variablen wurden Geschlecht, Alter, und Tätigkeitsbereich der Probanden erfasst; außerdem ihre Berufserfahrung im Kleintiersektor, das Einzugsgebiet ihrer Praxis, die von ihnen durchgeführte Anzahl der Euthanasien und die Voraussetzungen, unter denen sie als Tierarzt für die Einschläferung eines Hundes plädieren. Die abhängigen Variablen wurden

gebildet aus den Selbsteinschätzungen der Probanden zu jeweils zwölf Items, die sich auf den tierärztlichen Umgang mit dem Tier, seinem Besitzer, dem Praxisteam und auf die persönliche Verarbeitung der Situation bezogen. Die Itemkonstruktion erfolgte nach Kriterien der klassischen Testtheorie und der Anwenderfreundlichkeit. Ein Pretest an 24 Probanden lieferte Hinweise zur Verbesserung der Erhebungsunterlagen. Nach ihrer Überarbeitung erfolgte die Datenerhebung auf dem Postweg und per Internet beziehungsweise E-Mail. In die Auswertung flossen die Daten von 315 Erhebungsteilnehmern ein. Die in der Itemanalyse ermittelten Kennwerte gaben Aufschluss über die Antwortverteilung bei den Einzelitems. Durch die Skalenanalyse zeigte sich, dass sich die Aussagen der Tierärzte um die beiden Dimensionen der „Depressiven Betroffenheit“ und des „Distanzierenden Umgangs mit der Situation“ zentrierten. Eine Überprüfung der Gütekriterien des Tests lieferte Hinweise zur Objektivität, Reliabilität und Validität der Erhebung. Die Zuverlässigkeit des Tests wurde mit Hilfe der Retest-Methode kontrolliert. Ein Experten-Rating und eine Faktorenanalyse erlaubten Aussagen über die Gültigkeit der Erhebung.

Die Überprüfung der Arbeitshypothesen erfolgte mit t-Test, einfaktorieller ANOVA und bivariater Korrelation. Es wurden Zusammenhänge festgestellt zwischen der sozialen Kompetenz eines Tierarztes und seinem Geschlecht, der Praxisausrichtung, dem Einzugsgebiet der Praxis und der bevorzugten Euthanasie-Indikation. Keinen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der tierärztlichen Sozialkompetenz hingegen haben Alter und Jahre der Berufspraxis des Arztes, die Euthanasiesituation und die Anzahl der Einschläferungen pro Monat. Bezogen auf das kompetente Agieren bei Tiereuthanasien machte die Mehrzahl der Testpersonen Aussagen, die in Anlehnung an die wissenschaftlichen Empfehlungen auf große soziale

Kompetenz schließen lassen. Im Teilaspekt der inneren Reflexion und Verarbeitung des Euthanasiegeschehens und der persönlichen Einstellung des Tierarztes dazu konnte die überwiegende Zahl der Probanden nach Maßgabe der Fachleute als mittelmäßig kompetent eingestuft werden.

Diese Ergebnisse und die Aussagen einzelner Probanden im freien Antwortformat machen deutlich, dass gegenwärtig praktizierende deutsche Tierärzte Hunde-Euthanasien überwiegend in Übereinstimmung mit den wissenschaftlichen Empfehlungen durchführen. In einigen Punkten erscheint eine Steigerung der tierärztlichen Sozialkompetenz wünschenswert. Das Miteinander von Patientenbesitzer, Tierarzt und Praxisteam kann verbessert werden, indem der Umgang mit Tierbesitzern – speziell in Euthanasiesituationen – Bestandteil der veterinärmedizinischen Lehre wird.

12. Summary

Putting animals to sleep is an everyday task of a veterinary surgeon. However most veterinarians would not call it routine. Frequently, euthanasia is accompanied by a feeling of unease, because there is a certain tension of different expectations and needs. Since pets frequently fulfil a social function to their owners, they are of a high emotional value to them. It is this value that has to be considered and respected by the veterinarian. Therefore, euthanasia is not only a challenge to the veterinarian's specialist knowledge but also to his social competence.

In Great Britain and the United States of America, a lot of scientists are occupied with the social competence of veterinarians as far as euthanasia of pets is concerned. They provide veterinarians with explicit recommendations how to act when confronted with euthanasia. However, in Germany little notice has been taken of the subject, yet.

In the dissertation thesis we take stock of German veterinarians' social competence when putting dogs to death. Several steps are taken in order to perform this task: In a first draft of the questionnaire and in the item-construction we differentiated between two kinds of participants — those who gave their view on spontaneous emergency euthanasias and those who expressed their opinion on euthanasias that are expected and have been prepared beforehand. The veterinarians' sex, age, sphere of activity, experience with pets, the catchment area of their practice, the number of euthanasias per month and the condition on which they plead for euthanasia are used as independent variables. The dependent variables are represented by twelve items that apply to the surgeons' social intercourse with the pet,

the pet's owner, the practice staff and his personal coping with the situation. The item-constuction follows the criteria of Classical True Score Theory and meets the needs of userfriendliness. A pretest with 24 subjects provided us with some hints as to improve the questionnaire. After revision the data of the survey were collected by mail and by internet or e-mail. The data of 315 participants are considered in the survey. The item values revealed the distribution of responses to single items. By means of a Scale Analysis we show that the responses of the veterinarians are concentrated on the dimensions "depressive shock" and "reserved dealing with the situation". A scrutiny of the test's quality criterions provides us with some information on the objectiveness, reliability and validity of the survey. The reliability of the survey is tested by means of the Retest-Method. An Expert Rating and a Factor Analysis made a statement on the validity of the survey.

With the help of a t-Test, one-factorial Analysis of Variance and bivariate correlation, our working hypothesis was scrutinized. We show correlations between the veterinarian's social competence, his or her sex, the specialization (i. e. pets only or pets and cattle) of the practice, the catchment area of the practice and the veterinarian's preferred euthanasia indication. However, the veterinarian's age and experience, the concrete situation of the euthanasia and the number of euthanasias per month do not have any significant influence on the his social competence. As far as professional dealings with euthanasia are concerned, the responses of most subjects show a high degree of social competence. With regard to inner reflexion of and coping with the euthanasia and their personal views on euthanasia, most of the subjects reveal mediocre competence.

The above mentioned results and the responses of the subjects that were written down in free answers show that German veterinarians perform euthanasias of dogs in accordance with scientific recommendation. Some aspects of the veterinarians' competence are in need of improvement. Since euthanasia goes along with unease both on the part of the veterinarian and the owner of the pet, there is need for improvement of the veterinarian's social competence. In order to achieve a successful mutual interaction, contacting with clients should become part of the veterinarian curriculum.

13. Literatur

- AIKEN, L. R. (1991). Dying, death, and bereavement. Boston: Allyn and Bacon.
- ALSTINE, C. VAN (1982). Saying Goodbye – Helping clients face the loss of a pet. *California Veterinarian*, 8/1982, 29-30.
- AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA) COMMITTEE ON THE HUMAN-ANIMAL BOND (1995). AVMA Guidelines for Responding to Clients with Special Needs. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 206 (7), 961-976.
- AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA) PANEL ON EUTHANASIA (1988). Appendix in: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 235-264. Philadelphia: The Charles Press.
- ANTELYES, J. (1972). Congruence: A New Requirement for the Veterinarian? *Veterinary Medicine / Small Animal Clinician*, 1/1972, 31-36.
- ANTELYES, J. (1973a). The Veterinarian in Marriage and Practice – Part I, Human Relations: Home and Office. *Veterinary Medicine / Small Animal Clinician*, 9/1973, 961-971.
- ANTELYES, J. (1973b). The Veterinarian in Marriage and Practice – Part II, Personal Fulfillment: Home & Office. *Veterinary Medicine / Small Animal Clinician*, 10/1973, 1171-1182.
- ANTELYES, J. (1990). The Human Side of Veterinary Medicine – The embarrassed veterinarian. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 197 (6), 720-722.
- ANTON, K.-H., WEILAND, D. (1993). Soziale Kompetenz – Vom Umgang mit Mitarbeitern. Düsseldorf: Econ-Verlag.
- ARCHER, J., WINCHESTER, G. (1994). Bereavement following death of a pet. *British Journal of Psychology*, Vol. 85 (2), 259-271.
- ARLUKE, A. (1991). Coping with euthanasia: A case study of shelter culture. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 198 (7), 1176-1180.

- ARNDT, J. (1997). Ein würdevoller Abschied. *Der Hund*, 2/1997, 70-71.
- BARKER, S. B. (1989). Pet Loss and Bereavement. *Companion Animal Practice*, Vol. 19, Nos. 4 & 5, 3-5.
- BASCOM, G. S. (1984). Physical, Emotional, and Cognitive Care of Dying Patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 48 (4), 351-356.
- BECK, A. M. (1988). Medical Research, Euthanasia, and the Animal Welfare Movement. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 13-20. Philadelphia: The Charles Press.
- BECKMANN, D. (1994). Arzt-Patient-Beziehung – Arztrolle. In: F.-W. WILKER, C. BISCHOFF, P. NOVAK. *Medizinische Psychologie und Soziologie*, S. 237-240, 2. Auflage. München: Urban & Fischer.
- BEILIN, R. (1981-82). Social functions of denial of death. *Omega*, Vol. 12 (1), 25-35.
- BEN-SIRA, Z. (1976). The Function of the Professional's Affective Behavior in Client Satisfaction: A Revised Approach to Social Interaction Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 17, 3-11.
- BERGLER, R. (1988). Die Psychologie der Beziehung von Heimtieren, Heimtierhalten und Tierärzten, Review Artikel. *Journal of Veterinary Medicine*, B 35, 443-461.
- BERGLER, R. (1994). Die Psychologie der Mensch-Heimtier-Beziehung und ihre Bedeutung für den Tierarzt. *Tierärztliche Praxis*, 22, 15-21.
- BERGLER, R. (1995). Der Blinde und sein Hund. *Naturwissenschaftliche Rundschau*, 48, 135-137.
- BERGLER, R., HAASE, D., SCHNEIDER, B., WEMHOFF, M. (2000). *Gesundheit durch Heimtiere: Beiträge zur Prävention und Therapie gesundheitlicher Risikofaktoren*. Köln: Deutscher Institutsverlag.
- BINGENER, I. (1990). *Das Tier im Recht*. Göttingen: Echo Verlag
- BLACKSHAW, J. K. (1985). Human and Animal Inter-relationships. Review Series: 2. The Management of grief. *Australian Veterinary Practitioner*, Vol. 15 (2), 78-80.
- BLACKSHAW, J. K., BLACKSHAW, A. W. (1993). Students perceptions of attitudes to the human-animal bond. *Anthrozoös*, Vol. 6 (3), 190-198.

- BÖHME, S. (1989). Die Betreuungssituation der Hinterbliebenen nach einem Partnerverlust. *Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie*, Bd. 41 (2), 84-87.
- BORG, I., STAUFENBIEL, T. (1993). *Theorien und Methoden der Skalierung*, 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- BORTZ, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- BORTZ, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 4. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- BRACKENRIDGE, S. S., SHOEMAKER, R. S. (1996). The human/horse bond and client bereavement in equine Practice, Part 3. *Equine Practice*, Vol. 18 (4), 20-23.
- BÜHL, A., ZÖFEL, P. (1996). *Professionelle Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Bonn: Addison-Wesley.
- BÜHL, A., ZÖFEL, P. (1999). *SPSS Version 8, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*, 5. Auflage. Bonn: Addison Wesley Longman Verlag.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT UND FORSTEN (BMELF) (2001). *Tierschutzbericht*. Berlin.
- BURHENNE, V. (1997). „Da liegt der Hund begraben“. In: WESTFÄLISCHES MUSEUMSAMT. *Tiertod – Wirklichkeiten und Mythen. Begleitschriften zur Wanderausstellung des LWL-Museumsamtes und des Naturkunde-Museums der Stadt Bielefeld*, S. 101-112. Münster.
- BUSCH, S. (1995). Leben und Sterben – Ein Erfahrungsbericht über den Umgang mit dem bevorstehenden Tod eines Therapiepferdes. *Therapeutisches Reiten*, 3/1995, 21-24.
- BUSTAD, L. K., HINES, L. M., LEATHERS, C. W. (1981). The Human-Companion Animal Bond and the Veterinarian. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, Vol. 11 (4), 787-810.
- BUTLER, C., SHORT DEGRAFF, P. (1995). The Human-Animal Bond and Grief, The Support for People and Pets Program. Seminar Abstract, 6/1995, Colorado State University Veterinary Teaching Hospital.

- CARAS, R. A. (1988). Holism, Euthanasia, and Veterinary Medical Practice. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 177-180. Philadelphia: The Charles Press.
- CARMACK, B. J. (1991). Pet loss and the elderly. *Holistic Nursing Practice*, 5 (2), 80-87.
- CARTELL-VERBAND KATHOLISCHER STUDENTENVERBINDUNGEN DEUTSCHLANDS (1995), zitiert Cartell-Verband. Gesamtverzeichnis des CV 1995, CV-Sekretariat, R. Weiskorn (Hrsg.), München: Verlag Oldenbourg.
- CASE, D. B. (1988). Survey of expectations among clients of three small animal clinics. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 192 (4), 489-502.
- CHAMALA, S., CROUCH, B. R. (1981). A Survey of pet owner views of veterinarians in Brisbane environs – a behavioural approach. *Australian Veterinary Journal*, Vol. 57, 485-492.
- COHEN, S. P. (1985). The Role of Social Work in a Veterinary Hospital Setting. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, Vol. 15 (2), 55-363.
- COHEN, S. P., SAWYER, D. C. (1991). Suffering and Euthanasia – Problems in Veterinary Medicine, Vol. 3 (1), 101-109.
- COOKE, D. C. (1988). Animal Disposal: Fact and Fiction. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 224-234. Philadelphia: The Charles Press.
- CORR, CH. A. (1991-92). A task-based approach to coping with dying. *Omega*, Vol. 24 (2), 81-94.
- CREAGAN, E. T. (1994). How to Break Bad News – And Not Devastate the Patient. *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 69, 1015-1017.
- CROWELL-DAVIS, S. L., CROWE, D. T., LEVINE, D. L. (1988). Death and Euthanasia: Attitudes of Students and Faculty at a Veterinary Teaching Hospital. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 199-207. Philadelphia: The Charles Press.

- DAVIES, A. D. M. (1996). Life Events, Health, Adaption and Social Support in the Clinical Psychology of Late Life. In: R. T. WOODS (Ed.). Handbook of the Clinical Psychology of Ageing, pp 115-135. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- DIEHL, J., KOHR, H. (1999). Deskriptive Statistik, 12. Auflage. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.
- DIMOND, M. (1981). Bereavement and the elderly: a critical review with implications for nursing practice and research. Journal of Advanced Nursing, 6/1981, 461-470.
- DREIER, H. (2000). Grundgesetz, Kommentar. Tübingen: Verlag Mohr Siebeck.
- DRESSLER, D. M. (1973). The Management of Emotional Crises by Medical Practitioners. Journal of the American Medical Woman's Association, Vol. 28 (12), 654-659.
- DÜRR, U. M. (1988). Trauer um ein Tier, Warum ein Tier eingeschläfert werden sollte – Die Trauerarbeit des Besitzers, Fünf Phasen vor dem Sterben. Du und dein Tier, 5/1988, 20-23.
- EDNEY, A. T. B. (1988a). Breaking the News: Problems and Some Answers. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 181-185. Philadelphia: The Charles Press.
- EDNEY, A. T. B. (1988b). Managing the Killing of Companion Animals Kindly. In: BRITISH VETERINARY ASSOCIATION, ANIMAL WELFARE FOUNDATION. Killing with Kindness (Compassionate Euthanasia). Proceedings of the BVA Animal Welfare Foundations' Sixth Symposium, 9 November 1988, pp. 91-103. London: BVA Animal Welfare Foundation.
- ENNULAT, K., ZOEBE, G., ZOEBE, J. (1987). Handbuch des gesamten Tierschutzrechts. Stuttgart: Kohlhammer.
- FARRELL, M. (1989). Dying and bereavement – The role of the critical care nurse. Intensive Care Nursing 5, 39-45.
- FEHR, M., KUMMERFELD, N. (2001). Euthanasie von Heimtieren. Deutsches Tierärzteblatt, 4/2001, 394.
- FISSENI, H.-J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.

- FOGLE, B., ABRAHAMSON, D. (1992). Pet loss: a survey of the attitudes and feelings of practicing veterinarians. *Anthrozoös*, Vol. 3 (3), 143-150.
- FRASCH, G. (1987). Der Rücklaufprozeß bei schriftlichen Befragungen, *Empirische und methodologische Beiträge zur Sozialwissenschaft*, Bd. 3. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang.
- FUDIN, C. E., COHEN, S. P. (1988). Helping Children and Adolescents Cope with the Euthanasia of a Pet. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 79-86. Philadelphia: The Charles Press.
- FUKUI, S. (1994). Care for bereaved families. *Acta Paediatrica Japonica* 36, 304-306.
- GELBE SEITEN FÜR DEUTSCHLAND (1999). CD-Rom für Windows, Stand 2/1999. Essen: Nobel Verlag.
- GEYER, CHR. (1993, 28. Juli). Marmor, Stein und Eisen bricht – Auf ewig Rover: Rituelle Tierbestattung als Chance fürs Humanum. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, S. N 5.
- GOLEMAN, D. (1999). Intelligenz mit viel Gefühl – Der Manager von morgen. *Psychologie heute*, 4/1999, 26-31.
- GRÜNIG, V. (1999, 13./14. März). Trauer um Tiere, Klientenbetreuung im Umfeld Euthanasie. Zusammenfassung des Vortrages, gehalten bei den 5. Verhaltenstherapeutischen Gesprächskreisen, Wolfsburg.
- HAGSTAD, H. V. (1988). Equine Euthanasia and Client Grief. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 90-96. Philadelphia: The Charles Press.
- HANCOCK, G., YATES, J. (1989). Client Services for Geriatric Pets. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, Vol. 19 (1), 187-196.
- HARRIS, J. M. (1989). Children and Pet Loss. *Companion Animal Practice*, Vol. 19 (3), 15-16.
- HART, L. A., HART, B. L., MADER, B. (1990). Humane euthanasia and companion animal death: Caring for the animal, the client, and the veterinarian. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 197 (10), 1292-1299.

- HESSISCHER RUNDFUNK (2001). Urne oder virtueller Friedhof. Faxabruf zur Sendung Tier und Talk vom 02.02.2001. Frankfurt am Main.
- HOLZHEY, H. (1993). Das Tier ist keine Sache – Rechtsethische Postulate zu einer Neubewertung des Tiers. In A. F. GOETSCHER (Hrsg.). Recht und Tierschutz, S. 201-212. Bern: Verlag Paul Haupt.
- HOPKINS, A. F. (1988). A Veterinarian Confronts Pet Loss and Client Grief. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 194-198. Philadelphia: The Charles Press.
- ILIFF, S. A., ALBRIGHT, J. L. (1988). Grief and Mourning Following Human and Animal Death. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 115-132. Philadelphia: The Charles Press.
- KATCHER, A. H., ROSENBERG, M. A. (1982). Euthanasia and the management of client's grief. California Veterinarian, 8/1982, 31-35.
- KAY, W. J., COHEN, S. P., FUDIN, C. E., KUTSCHER, A. H., NIEBURG, H. A., GREY, R. E., OSMAN, M. M. (1988). Euthanasia of the companion animal – The Impact on Pet Owners, Veterinarians and Society. Philadelphia: The Charles Press.
- KEDDIE, K. M. G. (1977). Pathological Mourning after the Death of a Domestic Pet. British Journal of Psychiatry, Vol. 131, 21-25.
- KLICKTEL (1999). Die Telefonauskunft in ihrem PC, CD-Rom für Windows, Programmversion 6.15, 2. Ausgabe 1999/2000. Stand 5/1999, Saerbeck: Ak tronic.
- KÖHLER, W., SCHACHTEL, G., VOLESKE, P. (1996). Biostatistik, 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- KÖRNER, J. (1996). Bruder Hund & Schwester Katze. Tierliebe – Die Sehnsucht des Menschen nach dem verlorenen Paradies. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- KOSKI, E. (1988). The Use of Animals in Research: Attitudes Among Research Workers. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 21-30. Philadelphia: The Charles Press.

- KOTCH-JANTZER, C. A., QUACKENBUSH, J. E. (1988). The Bereaved Pet Owner and Social-Work Service Referral. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 164-174. Philadelphia: The Charles Press.
- LAGO, D., KOTCH-JANTZER, C. A. (1988). Euthanasia of Pet Animals and the Death of Elderly Owners: Implications for Support of Community-Dwelling Elderly Pet Owners. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 148-156. Philadelphia: The Charles Press.
- LAGONI, L. S., BUTLER, C. (1994). Facilitating Companion Animal Death. *Compendium on Continuing Education for the Practicing Veterinarian*, Vol. 16 (1), 70-76.
- LAGONI, L. S., BUTLER, C., HETTS, S. (1994). *The Human-Animal Bond and Grief*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- LAGONI, L. S., HETTS, S., WITHROW, S. J. (1989). The Veterinarian's Role in Pet Loss: Grief Education, Support and Facilitation. *Clinical Veterinary Oncology*, 436-445.
- LANGNER, P. H. (1988). Symbolic, Historical and Cultural Aspects of Animal Euthanasia. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 47-63. Philadelphia: The Charles Press.
- LAWRENCE, E. A. (1992). Equine Euthanasia: Human-Animal Bond Aspects. *Proceedings of the 38th Annual Convention of the American Association of Equine Practitioners*, pp. 95-103.
- LEE, M. A. (1992). The role of the veterinary surgeon when a pet dies, clients' expectations versus practical realities. In: *Animals & Us, Abstracts of Sixth International Conference on Human Animal Interactions*, (o. S.). Montreal: Habac
- LIENERT, G. A., RAATZ, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*, 5. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

- LITTMANN, E., OTT, J. (1982). Vergleichsuntersuchungen über Einstellungen zu Sterben und Tod bei Medizinstudenten, medizinischem Fachpersonal und Psychotherapie-Patienten. In: M. E. GEYER, J. OTT, W. E. KOENIG. Psychotherapeutisches Handeln in der Medizin. Berichte zum X. Psychotherapie-Kongress, Erfurt, S. 186-191.
- LOEHNER, M. (1994). Soziale Gesundheit durch sinnvollen und geeigneten Umgang miteinander. In: M. KASTNER. Personalpflege – Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation, S. 106-111. München: Quintessenz Verlag.
- LORZ, A. (1990). Das Gesetz zur Verbesserung der Rechtsstellung des Tieres im bürgerlichen Recht. Monatsschrift für Deutsches Recht, 1057-1061.
- LORZ, A. (1999). Tierschutzgesetz, Kommentar. 5. Auflage. München: Verlag Beck.
- LÖSCHER, W., UNGEMACH, F. R., KROKER, R. (1994). Grundlagen der Pharmakotherapie bei Haus- und Nutztieren. 2. Auflage. Berlin, Hamburg: Verlag Paul Parey.
- LÖWISCH, D.-J. (2000). Kompetentes Handeln – Bausteine für eine lebensweltbezogene Bildung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- MACEWEN, E. G. (1988). The Pet with Cancer: Impact on the Family. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 97-100. Philadelphia: The Charles Press.
- MARTIN, R. W., WYLIE, N. (1989). Teaching Third-Year Medical Students How to Care for Terminal ill Patients. Academic Medicine, 7/1989, 413-414.
- MC CARTHY, J. B. (1991). Veterinary Hospital Management, The Human-Companion Animal Bond. Veterinary Technician, Vol. 12 (7), 500-503.
- MCBRIDE, A. (1996). Der Tod des Haustiers. In J. FISHER (Hrsg.), Verhaltensstörungen bei Hund und Katze, S. 163-173. Mürtenbach: Kynos-Verlag.
- MCCULLOCH, M. J., HARRIS, J. M., MCCULLOCH, W. F. (1989). Human-animal bond and euthanasia - a special problem. In Textbook of veterinary internal medicine: diseases of the dog and cat, Vol. 1, pp. 239-245. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

- MCCULLOCH, W. F., MCCULLOCH, M. J. (1982). The Prakticing Veterinarian – Contributions to Comparative Medicine. California Veterinarian, 8/1982, 26-28.
- MCKIERNAN, F. (1996). Bereavement and Attitudes to Death. In: In: R. T. WOODS (Ed.). Handbook of the Clinical Psychology of Ageing, pp 159-180. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- MCMAHON, S. (1988). Euthanasia and Bereavement: A Study of Clients and Veterinarians. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 186-193. Philadelphia: The Charles Press.
- MILANI, M. M. (1995). The Art of Veterinary Practice: A Guide to Client Communication. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- MILLS, J. N. (1997). Use of drama in teaching the human side of veterinary practice. Australian Veterinary Journal, Vol. 75 (7), 497-9.
- MITCHENER, K. L. (1988). The Euthanasia Decision. Companion Animal Practice, 12/1988, 3-6.
- MITTAG, O. (1992). Psychologische und psychotherapeutische Aspekte der Trauer. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Bd. 42, 150-157.
- MÖBIUS, G. (1994). Ethische und rechtliche Fragen bei der Tötung von Tieren zur Vermeidung erheblicher Schmerzen und Leiden. Deutsche Tierärztliche Wochenschrift Bd. 101 (9), 341-380.
- MONEYMAKER, J. (1988). Euthanasia and the Human/Animal Compassion Bond. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), Euthanasia of the Companion Animal, pp. 42-46. Philadelphia: The Charles Press.
- MORTON, D. B. (1988). Laboratory Animals. In: BRITISH VETERINARY ASSOCIATION, ANIMAL WELFARE FOUNDATION. Killing with Kindness (Compassionate Euthanasia). Proceedings of the BVA Animal Welfare Foundations' Sixth Symposium, 9 November 1988, pp. 22-40. London: BVA Animal Welfare Foundation.
- MÜHE, G. (1990). Das Gesetz zur Verbesserung der Rechtsstellung des Tieres im bürgerlichen Recht, I. Das Tier als Mitgeschöpf. Neue Juristische Wochenschrift, S. 2238-2240.

- NETTING, F. E., WILSON, C. C., NEW, J. C. (1988). Pet Loss: Veterinarians, Clergy, and Owners Working Together to Resolve Grief. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 104-112. Philadelphia: The Charles Press.
- NICHOLSON, J., KEMP-WHEELER, S. M. (1992). The end of a partnership: Guide dog owners' reactions to the loss of a working guide dog. In: *Animals & Us, Abstracts of Sixth International Conference on Human Animal Interactions*, (o. S.). Montreal: Habac.
- OBERFIELD, R. A. (1984). Terminal illness: Death and bereavement – Toward an understanding of its nature. *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 28 (1), 140-155.
- ODENDAAL, J. S. J., SCHEEPERS, E., NEL, R. (1989). Interasies tussen Veerts, Klient en Pasiënt, Interactions between the veterinarian, client and patient. *Journal of the South African Veterinary Association*, Vol. 60 (1), 15-19.
- O'FARRELL, V. (1990). Students stereotypes of owners and veterinary surgeons. *Veterinary Record*, 127:625.
- OLBRICH, E. (1996). Die Bedeutung von Heimtieren für die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen. In CH. MERTENS (Hrsg.). *Aktivierungsprogramme für Senioren.*, Bd. 2. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- POHLCHRISTOPH, H. (1990). Tierarzt und Tierversicherung. In H. EICKMEIER, F. FELLMER, H. MOEGLE. *Lehrbuch der Gerichtlichen Tierheilkunde*, S. 141. Berlin, Hamburg: Parey.
- QUACKENBUSH, J. E. (1985). The Death of a Pet – How It Can Affect Owners. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, Vol. 15 (2), 395-402.
- QUACKENBUSH, J. E. (1988). Euthanasia as an Ethical Dilemma. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 9-12. Philadelphia: The Charles Press.
- QUACKENBUSH, J. E., GLICKMAN, L. (1984). Helping People adjust to the death of a pet. *Health and Social Work*, 4/1984, 42-48.

- RANDOLPH, J. W. (1994). Learning from your own pet's euthanasia – The Human Side of Veterinary Medicine. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 205 (4), 544-545.
- RATSCH, H. (1997). Friedhöfe und Krematorien für Tiere? Gesellschaftliche und emotionale Aspekte der veränderten Mensch-Tier-Beziehung und daraus resultierende Bedürfnisse und Risiken. *Deutsche Tierärztliche Wochenschrift*, 104 (7), 261-264.
- RECHENBERG, B. VON (1998). Euthanasie in der Kleintierpraxis – Ein Leitfaden für den Tierarzt und sein Praxisteam. Waltham-Forschung Deutschland (Hrsg.), Hamburg.
- RHEINZ, H. (1994). Eine tierische Liebe – Zur Psychologie der Beziehung zwischen Mensch und Tier. München: Kösel Verlag.
- ROLLIN, B. E. (1988). Animal Euthanasia and Moral Stress. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 31-41. Philadelphia: The Charles Press.
- ROSENBERG, M. A. (1986). Euthanasia: a special case. In: *Companion animal loss + Pet owner grief*. *Australian Veterinary Practitioner*, Vol. 17 (4), 211.
- ROST, J. (1988). *Quantitative und qualitative probabilistische Testtheorie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- ROST, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion*. Bern: Verlag Hans Huber.
- SAMUELSON, M. L. (1988). Attitudes Toward Animals and their Effect on Veterinary Practice Management. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 133-137. Philadelphia: The Charles Press.
- SAVISHINSKY, J. S. (1988). The Meanings of Loss: Human and Pet Death in the Lives of the Elderly. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 138-147. Philadelphia: The Charles Press.

- SAWYER, D. C. (1988). Euthanasia Agents and Methods. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 219-223. Philadelphia: The Charles Press.
- SCHMIDT, W.-D. (1999). Euthanasie – wann und wie? Manuskript zum Vortrag bei den 11. Baden-Badener Fortbildungstagen Kleintierpraxis vom 15.-18. April 1999, Baden-Baden.
- SCHNEIDER, B. J. (1996). Euthanasia and the veterinarian. *The Canadian Veterinary Journal*, Vol. 37, 217-218.
- SCHÖNE, R., ULRICH H. (1999). Statistische Untersuchungen über die Tierärzteschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: 31.12.1998, *Deutsches Tierärzteblatt* 6/1999, 577-584.
- SCHÜFFEL, W. (1979). Training in Anger: How to Communicate with One's medical Seniors. *Bibliotheca Paediatrica*, 159, 39-47.
- SHRUM, S. R. (1994). Empathizing with pet owners. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 205 (9), 1250-1251.
- SLOWAK, M. (1996). Soziale Kompetenz in Tierarztpraxen. München: Gustav Fischer Verlag.
- SPRANG, G., MCNEIL, J. (1995). *The Many Faces of Bereavement: the nature and treatment of natural, traumatic, and stimatized grief*. New York: Brunner/Mazel.
- STAGUHN, G. (1996). *Tierliebe – Eine einseitige Beziehung*. München, Wien: Carl Hanser Verlag.
- STEINEKE, C. (1997). *The Child-Pet Relationship Focusing on Pet Loss*. Diplomarbeit, Friedrich-Alexander Universität, Erlangen-Nürnberg.
- STEVENSON, R. G. (1988). Euthanasia of Pets: The Impact on Children. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 75-78. Philadelphia: The Charles Press.
- STEWART, M. F. (1988). The Dilemma: When to kill or not to kill Companion Animals. In: BRITISH VETERINARY ASSOCIATION, ANIMAL WELFARE FOUNDATION. *Killing with Kindness (Compassionate Euthanasia)*. Proceedings of the BVA Animal Welfare Foundations' Sixth Symposium, 9 November 1988, pp. 1-16. London: BVA Animal Welfare Foundation.

- SWENSEN, C. H. (1991-92). Psychological aspects of life support. *Omega*, Vol. 24 (2), 123- 137.
- SZITA, B. (1988). Euthanasia in Zoos: Issues of Attachment and Sepatation. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 157-163. Philadelphia: The Charles Press.
- THOMAS, G. P. (1982). When a pet dies. *Modern Veterinary Practice*, 4/1982, 273-277.
- TWEMLOW, S. W., BRADSHAW, S. L., COYNE, L., LERMA, B. H. (1995). Some Interpersonal and Attitudinal Factors characterising Patients satisfied with medical care. *Psychological Reports*, Vol. 77, 51-59.
- VENNEBUSCH, T. (1998). Der Tod eines Tieres – Eine Information für Tierhalter. *Waltham-Forschung Deutschland* (Hrsg.), Hamburg.
- VERBAND DER WISSENSCHAFTLICHEN KATHOLISCHEN STUDENTENVEREINE UNITAS (1998), zitiert Unitas-Verband, Gesamtverzeichnis. Bonn, Siegburg: Franz Schmitt Verlag.
- VERRES, R., SOBEZ, I. (1980). Ärger, Aggression und soziale Kompetenz – Zur konstruktiven Veränderung destruktiven Verhaltens. Stuttgart: Klett-Cotta.
- VOCKERT, E. (1997). Unveröffentlichte Unterlagen zur Vorlesung Tierschutz, Wintersemester 1997/1998, Fachbereich Veterinärmedizin der Universität Gießen.
- WALPOLE, B. (1993). Good grief. *The Medical Journal of Australia*, Vol 159, 491.
- WALTERS, D. T., TUPIN, J. P. (1991). Family Grief in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, Vo. 9 (1), 189-205.
- WEBSTER, J. (1988). Opening Address. In: BRITISH VETERINARY ASSOCIATION, ANIMAL WELFARE FOUNDATION. *Killing with Kindness (Compassionate Euthanasia)*. Proceedings of the BVA Animal Welfare Foundations' Sixth Symposium, 9 November 1988, pp. 1-4. London: BVA Animal Welfare Foundation.

- WEIRICH, W. E. (1988). Client grief Following Pet Loss: Implications for Veterinary School Education. In: W. J. KAY, S. P. COHEN, C. FUDIN, A. H. KUTSCHER, H. A. NIEBURG, R. E. GREY, M. M. OSMAN (Eds.), *Euthanasia of the Companion Animal*, pp. 208-212. Philadelphia: The Charles Press.
- WHELAN, E. (1985). Support for the survivor. *Geriatric Nursing*, 1/2/1985, 21-23.
- WHITE, D. J., SHAWHAN, R. (1996). Emotional responses of animal shelter workers to euthanasia. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 208 (6), 846-849.
- WIEDENMANN, R. E. (1993). Neuer Totemismus? Überlegung zur Genese und Semantik moderner Tierbestattung. *Soziale Welt*, 44 (2), 199-222.
- WILLIAMS, S., BUTLER, C., SONTAG, M. A. (1999). Perceptions of fourth-year veterinary students about the human-animal bond in veterinary practice and in veterinary college curricula. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Vol. 215 (10), 1428-32.
- WINIUS, E. E. D., ENDENBURG, N. (1996). Bobje is dood, wat nu? *Tijdschrift voor Diergeneeskunde*, Vol. 121 (9), 250-254.
- WOLF, J.-C. (1992). *Tierethik – Neue Perspektiven für Mensch und Tier*. Würzburg, Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- YANG, H.-L., HUANG, H.-P., LIANG, S., CHEN, H.-Y., LAI, S.-S. (1995). Studies of the owner-pet and veterinarian-client relationships in Taipei area. *Journal of the Chinese society of veterinary science*, Vol 21 (5), 316-325.
- YOULL, J. W. (1989). The bridge beyond: strengthening nursing practice in attitudes towards death, dying, and the terminally ill, and helping the spouses of critically ill patients. *Intensive Care Nursing* 5, 88-94.
- ZISOOK, S., DEVAUL, R. (1985). Unresolved Grief. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 45 (4), 370-379.

14. Anhang

14.1 Testinstruktion

Lieber Kollege, liebe Kollegin,

wir möchten Sie herzlich um Ihre Teilnahme an einer Befragung im Rahmen einer Dissertation bitten.

Das Einschläfern gehört zu den alltäglichen Aufgaben von Tierärzten und Tierärztinnen. Dennoch wird diese Tätigkeit wohl kaum zur Routine, weil zumindest von Seiten der Tierbesitzer viele Emotionen mit im Spiel sind, mit denen auch die in einer Tierarztpraxis Tätigen konfrontiert werden.

Wir möchten von Ihnen wissen, wie Sie als Tierarzt oder Tierärztin damit umgehen. Durch das Ausfüllen dieses Bogens leisten Sie einen Beitrag dazu, dass ein möglicher Bedarf, Studium und Lehre der Veterinärmedizin zu verbessern, erkannt und konkretisiert wird.

Nehmen Sie sich bitte die Zeit, alle Fragen zu beantworten; IHRE TEILNAHME IST FÜR UNS VON GROSSER WICHTIGKEIT!

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Aussagen in diesem Fragebogen nur im Rahmen dieser Studie Verwendung finden. Aus der Darstellung der Untersuchungsergebnisse sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Bei der Auswertung werden die Datenschutzrichtlinien eingehalten, IHRE ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT.

Bitte füllen Sie diesen Bogen so bald wie möglich aus und schicken ihn in dem beiliegenden frankierten Rückumschlag an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. G. Breves

Prof. Dr. M. Diener

Margit Voss

14.2 Testanweisung und Erfassungsbogen für die soziale Kompetenz von Tierärzten im Zusammenhang mit der Euthanasie von Hunden

Dieser Fragebogen richtet sich an Kollegen und Kolleginnen, die (unter anderem) im **Kleintierbereich** tätig sind. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten nur auf das **unerwartete, aber sofort notwendige Einschläfern von Hunden**. Treffen Sie keine Aussagen, die sich auf das erwartete Einschläfern z. B. nach einem längeren Krankheitsprozess, auf den natürlichen Tod oder auf andere Haustiere beziehen. Tierärzte/Tierärztinnen, die ausschließlich im Großtiersektor tätig sind, sind von dieser Befragung ausgenommen.

Die Beantwortung des Fragebogens geschieht überwiegend durch Ankreuzen von Kästchen. Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. **Bitte lassen Sie keine der Aussagen aus** und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die am ehesten für Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Nr.	Item	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
		+2	+1	0	-1	-2
o	Es ist mir sehr wichtig, die Einschläferung in einer <u>störungsfreien Zone</u> , abseits von parallel benutzten Praxisräumen und vollem Wartezimmer, durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesem Fall ist die +1 angekreuzt. Das würde bedeuten, dass Ihnen die störungsfreie Zone zwar wichtig ist, dass Sie aber möglicherweise andere Dinge für wichtiger halten.

Bitte geben Sie zunächst folgende Grundinformationen:

- a. Ich bin ☐ männlich
☐ weiblich

- b. Mein Geburtsjahr ist 19__

- c. **Mein jetziger Tätigkeitsbereich umfasst** ☐ ausschließlich Kleintiere
☐ überwiegend Kleintiere
☐ Klein- und Großtiere etwa zu gleichen Teilen
☐ überwiegend Großtiere
- d. **Im Kleintierbereich bin ich als praktischer Tierarzt seit ____ Jahren tätig**
- e. **Das Einzugsgebiet der Praxis, in der ich momentan arbeite, ist**
☐ eher ländlich
☐ ländlich und städtisch etwa zu gleichen Teilen
☐ eher städtisch
- f. **Pro Woche führe ich durchschnittlich etwa ____ spontane Notfalleinschläferungen durch.**

Nr.	Item	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
		+2	+1	0	-1	-2
	Meistens schläferne ich einen Hund ein					
g.	sofort nach der Diagnose einer unheilbaren Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	solange das Tier noch <u>nicht</u> beeinträchtigt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	<u>sobald</u> das Tier in seinem normalen Verhalten (z. B. Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen, Bewegung, Atmung) beeinträchtigt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	wenn der Besitzer von sich aus den Wunsch äußert, das Tier einschläfern zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um speziellere Aspekte des Einschläferns:

Nr.	Item	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
		+2	+1	0	-1	-2
1.	An der Ausstattung des Raumes, in dem ich die Einschläferungen vorwiegend durchführe, ist mir eine <u>Sitz-gelegenheit</u> für den Besitzer besonders wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Bei unerwarteten Fällen benutze ich meistens <u>keine Prämedikation</u> zum Einschläfern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Als eigentliches Tötungsmittel benutze ich:					
3.	klassische Barbiturate wie Pentobarbital, (z. B. Eutha 77, Narcoren, Nembutal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	T 61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Beim Hund benutze ich für das eigentliche Tötungsmittel eine Injektionsstelle, die <u>nicht</u> in der <u>kaudalen</u> Körperhälfte liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Um dem Besitzer zu vermitteln, dass der Tod seines Hundes eingetreten ist, vermeide ich die Formulierung: „Er ist tot“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auf seinen Wunsch hin kann ich dem Besitzer folgende Dinge aushändigen:					
7.	ein Andenken an seinen eingeschläferten Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	die Adresse eines Tierfriedhofes o. Tierkrematoriums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	einen Sarg o. eine Urne für das Tier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. die Adresse eines Psychologen o. Beraters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
Nr.	Item				
	+2	+1	0	-1	-2
11.	Meistens kenne ich den Namen des Hundes, den ich als unerwarteten Notfall einschläfere				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Den Besitzer bitte ich meistens, den Betrag für die Einschläferung <u>direkt nach</u> der Einschläferung zu begleichen				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Während des unerwartet notwendigen Einschläferns biete ich dem Besitzer von mir aus <u>nicht</u> an, beim Einschläfern anwesend zu sein				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wenn der Besitzer beim Einschläfern selbst nicht anwesend war, biete ich dem Besitzer von mir aus an, das tote Tier noch einmal zu betrachten				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Nach der Einschläferung biete ich dem Besitzer von mir aus an, dass er sein Tier selbst entsorgt				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Während eines unerwartet notwendigen Einschläferns lasse ich die Anwesenheit eines Kindes <u>nicht</u> zu				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn der Besitzer seine Trauergefühle äußert				
17.	versuche ich, darüber hinweg zu gehen				
18.	versuche ich, den Besitzer zu trösten				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	empfinde ich das als unangenehm				
20.	fühle ich mich häufig hilflos				
21.	empfinde ich das als selbstverständlich				
22.	ärgert mich das				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. werde ich manchmal ebenfalls traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	stimme voll zu			stimme gar nicht zu		
Nr.	Item					+2 +1 0 -1 -2
24.	Manchmal drücke ich dem Besitzer einige Zeit nach dem Einschläfern seines Hundes mein Mitgefühl durch einen <u>Telefonanruf</u> aus					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Bei dem jeweiligen Teammitglied, das mir bei der Einschläferung assistiert, sind mir folgende Eigenschaften besonders wichtig:					
25.	guter Umgang mit dem Tier					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26.	guter Umgang mit dem Besitzer					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27.	Wenn sich im Zusammenhang mit einer unerwarteten Einschläferung die Stimmung im Team verändert, so wird sie meinem Eindruck nach <u>bedrückt</u>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
o	Sonstiges: _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Wenn ein Teammitglied im Zusammenhang mit dem Einschläfern Trauergefühle äußern würde, würde					
28.	ich versuchen, darüber hinweg zu gehen					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29.	ich versuchen, das Teammitglied zu trösten					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30.	ich dem Teammitglied nahelegen, das Team zu verlassen					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.	ich das als unangenehm empfinden					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32.	ich mich manchmal hilflos fühlen					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.	ich das als selbstverständlich empfinden					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34.	es mich ärgern					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35.	ich manchmal ebenfalls traurig werden					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
o	Sonstiges: _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nr.	Item	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
		+2	+1	0	-1	-2
36.	Manchmal führe ich Nachgespräche über das Einschläfern mit den daran beteiligten Mitgliedern des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Im Zusammenhang mit den <u>ersten</u> Einschläferungen, die ich persönlich durchgeführt habe,					
37.	fühlte ich mich manchmal schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	war die technische Durchführung für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	war der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	o Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bei unerwarteten Einschläferungen <u>zum aktuellen Zeitpunkt</u>					
40.	fühle ich mich manchmal schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	ist die technische Durchführung für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	ist der Umgang mit dem Besitzer für mich selten schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	o Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Im Nachhinein vermisse ich jetzt eine Vorbereitung während meines Studiums auf den Umgang mit der „Spezies Mensch“ (z. B. Umgang mit dem <u>trauernden</u> Besitzer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Ich nehme an, dass mich im Anschluss an eine Einschläferung, die <u>nicht zufriedenstellend</u> verlaufen ist, ein Besitzer für die Behandlung eines weiteren					

Tieres nicht mehr konsultiert hat

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nr.	Item	stimme voll zu			stimme gar nicht zu	
		+2	+1	0	-1	-2
	Über meine Gefühle, die mit dem unerwarteten Einschlafen zusammenhängen, spreche ich					
45.	im privaten Umfeld (z. B. mit Lebenspartner/in, Familie, Freunden usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	im beruflichen Umfeld (z. B. mit Praxismitarbeitern, Kollegen innerhalb o. außerhalb der Praxis usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vor einem <u>Teammitglied</u> halte ich das Äußern meiner eigenen Gefühle für					
47.	unprofessionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	wohltuend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	o Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontrollieren Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Wir danken Ihnen sehr für die Mühe, die Sie sich beim Ausfüllen dieses Fragebogens gemacht haben! Bitte denken Sie daran, ihn baldmöglichst an uns zurück zu senden!

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt

Herrn Prof. Dr. E. Olbrich für seinen Vorschlag, an der Thematik der
Tiereuthanasie zu arbeiten,

Herrn Prof. Dr. D. Beckmann für seine Bereitschaft zur interdisziplinären
Zusammenarbeit,

Herrn Prof. Dr. Chr. Giese für seine Offenheit, die fächerübergreifende
Arbeit zu einem Randgebiet der Tiermedizin am Fachbereich Veterinär-
medizin zu vertreten,

Frau Dr. B. Gottwald für ihre fachliche Unterstützung bei statistischen
Fragen und für ihre Ermutigung und wertvollen Anregungen,

Herrn Dr. G. Partosch für seine Hilfe bei Belangen des Internet,

Herrn Dr. L. Klinke und Herrn Dr. E. Vollmer für ihre Empfehlungs-
schreiben an die Mitglieder der Studentenverbindungen,

M. Przibilla, Chr. und O. Voss sowie Dr. U. Fredebeil für die Durchsicht
des Manuskripts,

der EFFEM GmbH für die finanzielle Unterstützung zur Deckung der
Materialkosten,

allen benannten Experten für ihre Anregung und Kritik sowie allen
Tierärzten und Tierärztinnen, die sich an der Erhebung beteiligten.